

ANTROPOLOGIAS, SAÚDE E CONTEXTOS DE CRISE

ROSANA CASTRO
CÍNTIA ENGEL
RAYSA MARTINS
(ORGS.)



Antropologias, saúde e contextos de crise

Rosana Castro
Cíntia Engel
Raysa Martins
(orgs.)

Brasília
2018

© 2018 Sobrescrita.
Todos os direitos reservados.

1ª edição – 2018

Edição, copidesque e revisão de língua portuguesa
Ana Terra

Capa, Edição Eletrônica e Layout
João Neves

Fotografia da capa
Rosana Castro

Conselho Editorial
Cecília Mori
Flávia Biroli
Larissa Polejack
Mônica Nogueira
Neuma Brilhante
Rosamaria Carneiro
Rozana Naves
Soraya Fleischer
Wederson Santos

Apoio Financeiro

Esta publicação foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Responsável: Raíssa Meneses (CRB1/DF 3183)

A636 Antropologias, saúde e contextos de crise / Organizadoras Rosana Castro, Cíntia Engel, Raysa Martins; Colaboradora Tatiana Guedes. – Brasília: Sobrescrita, 2018. 198 p.

ISBN 978-85-93989-05-6

1. Antropologia. 2. Políticas de saúde. 3. Políticas públicas. 4. Crise. I. Título.

CDU 39:614

sobrescrita

Sobrescrita Editora e Serviços Linguísticos
(61) 99116-8312
contato@sobrescrita.com.br
www.sobrescrita.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
<i>Soraya Fleischer</i>	
INTRODUÇÃO	
CRISE POR QUÊ? CRISE PRA QUEM?	12
<i>Rosana Castro, Cíntia Engel & Raysa Martins</i>	
ANTROPOLOGIAS E POLÍTICAS EM CONTEXTOS DE CRISE:	
SAUDADES DO FUTURO	24
<i>Sônia Weidner Maluf</i>	

PARTE I – ETNOGRAFIAS EM CONTEXTOS DE CRISE

SITUAÇÕES PRECÁRIAS:	
POLÍTICAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NA FAVELA	37
<i>Natália Helou Fazzioni</i>	
DEPENDÊNCIA, AUTONOMIA, CUIDADO E VELHICE:	
CONSIDERAÇÕES SOB O PRISMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	52
<i>Marcia Reis Longhi</i>	
SAÚDE E MIGRAÇÕES EM TEMPOS DE CRISE:	
INCURSÕES ETNOGRÁFICAS A PARTIR DO HIV/AIDS	63
<i>Mônica Franch</i>	
A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO INDIVÍDUO	
“PERIGOSO” NO ÂMBITO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO DISTRITO FEDERAL	74
<i>Érica Quinaglia Silva</i>	

PARTE II – ANTROPOLOGIAS DA E NA SAÚDE: DEBATES, PROPOSTAS E IMPASSES

A ANTROPOLOGIA NA SAÚDE:

ENTRE TERMOS E PALAVRAS QUE NOS FAZEM PENSAR	87
<i>Rosamaria Carneiro</i>	

ANTROPOLOGIA NA E DA SAÚDE:

ÉTICA, RELAÇÕES DE PODER E DESAFIOS	97
<i>Octavio Bonet</i>	

ENGAJAMENTO ANTROPOLÓGICO E POLÍTICAS PÚBLICAS:

A FORMAÇÃO DE REDES INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE INDÍGENA	109
<i>Esther Jean Langdon & Ari Ghiggì Jr.</i>	

DECOLONIZAR EL ARGUMENTAR EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y

DESDE EL SUR GLOBAL	126
<i>María Epele</i>	

PARTE III – TECNOLOGIAS DE ENGAJAMENTO: CONHECER, FAZER, RESISTIR

PRÁTICAS E CONHECIMENTOS TRADICIONAIS ENTRE MULHERES

QUILOMBOLAS DO PURIS PARA O EMBELEZAMENTO E A SAÚDE CORPORAL	141
<i>Sirlene Barbosa Correa Passold</i>	

PRAZER E RISCO: O DESAFIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE

CONTEMPORÂNEAS RELACIONADAS AO HIV/AIDS E OS ROTEIROS	
ERÓTICOS DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS	149
<i>Victor Hugo de Souza Barreto</i>	

AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL:

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA	163
<i>Clarice Rios</i>	

CORPORALIDADES CEGAS COMO FORMAS DE SABER-FAZER	174
<i>Olivia von der Weid</i>	

SOBRE AS AUTORAS	193
------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Soraya Fleischer

Em 2010, antropólogas da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) criaram o Mandacaru – Núcleo de Pesquisa em Gênero, Saúde e Direitos Humanos, com o objetivo de discutir e promover questões de gênero e direitos humanos a partir de abordagens que envolvem corpo, saúde, sexualidade, família, ciência e tecnologia. Organizaram seminários em 2011, 2014 e 2015 e, ao convidarem colegas que também tinham a saúde como tema de interesse, foram adensando uma rede local. Por exemplo, no evento de 2014, o Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o GRUPESSC, ajudou na sua organização. O Mandacaru se ligava estreitamente ao GRUPESSC e ao Gênero, Sexualidade e Corpo (GSC), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), já que vários de seus participantes vinham desses outros grupos, criados anteriormente. Assim, antropólogas da UFAL, da UFPB e da UFRN, mas também da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade (FAGES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade de Brasília (UnB), que vinham se encontrando em congressos da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em bancas de defesa e em mesas de bar, foram se aproximando por conta do interesse comum nos fenômenos de saúde e doença, nos trânsitos pelos sistemas de saúde e terapeutas, nas formas de a antropologia empreender diálogos com áreas da saúde. Passamos a promover encontros, discutir nossos *papers* em construção, escrever propostas de financiamento. Mas, acima de tudo, sempre com uma boa desculpa para nos vermos e estreitarmos os tantos laços de afeto e antropologia que nutrimos entre nós.

Em 2015, o GRUPESSC, situado na universidade federal brasileira que, atualmente, reúne o maior conjunto de antropólogas da saúde, sentiu-se em condições de organizar um seminário com a apresentação de várias de suas pesquisas que estavam em curso. O seminário começou a ser organizado e cresceu para um dia inteiro de evento. Decidiram batizá-lo de I Reunião de Antropologia da Saúde, a RAS. A I RAS reuniu docentes e discentes da UFPB, mas também da UFPE, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), da UFRN, da UFBA e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os diálogos foram profícuos, revelando quão intensa tem sido a produção nessa área, confirmando uma tradição já de décadas na antropologia brasileira. A I RAS resultou em um livro com as principais palestras apresentadas no evento (Longhi; Franch; Neves, 2018).

Os laços entre essas pesquisadoras avançaram e, numa defesa de mestrado em março de 2017, a professora Mônica Franch (UFPB), organizadora da I RAS, lançou a provocação de que a II RAS poderia acontecer em Brasília. O desafio foi aceito e, entre 8 e 10 de novembro do mesmo ano, aconteceu na UnB a II RAS, criando, a partir daí, uma periodicidade bienal do evento. As parcerias com Mandacaru, GRUPESSC e GSC continuaram, inclusive, priorizando-se a presença de pesquisadoras desses grupos na programação do evento. E novas parcerias se efetivaram nessa segunda edição, com o Laboratório de Antropologia da Saúde (LABAS), a Faculdade de Ceilândia (FCE) e o Laboratório de Vivências e Reflexões Antropológicas: Direitos, Políticas e Estilos de vida (LAVIVER), todos da UnB. Aproximações foram feitas com institutos federais da região, faculdades privadas e a Escola Superior de Ciências da Saúde, a escola de medicina do Governo do Distrito Federal (ESCS/GDF), gerando potencial para atividades futuras. A cada edição da RAS, ao que parece, surge a oportunidade de mostrar aos parceiros locais da saúde como a antropologia pode ser uma área afeita, disposta e produtiva ao diálogo.

Nas primeiras reuniões preparatórias do evento, a equipe organizadora debateu o tema que orientaria a II RAS. Ficou nítido para todas aquelas quase 30 antropólogas reunidas no DAN que a antropologia da saúde feita no Brasil passa, muito frequentemente, pelo diálogo estreito *no*, *do* e *com* o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa é a maior política pública deste país, mas também um dos principais alvos de invalidação e desmonte por parte do pseudogoverno depois do duro golpe de Estado sofrido no verão de 2016. É notório como os interesses privatistas e corporativos, ávidos por ocupar e expandir o mercado dos planos de saúde e dos serviços pagos, estão frequentando as mesas de decisão da Esplanada dos Ministérios,

em Brasília. Foi fácil, portanto, chegar a um tema norteador para a II RAS que dialogasse estreitamente com os direcionamentos de austeridade e estrangulamento dos recursos públicos para o SUS.

Não batizamos o evento com a palavra “golpe”, receosos de que financiamentos escasseariam. Optamos por Antropologias e Políticas em Contextos de Crise, com certo eufemismo estratégico, mas claramente uma entrelinha sobre uma antropologia da saúde que questiona as medidas que sangram e fazem troça do SUS. Ao nomear o evento dessa forma, estamos nos posicionando em defesa do SUS e da qualidade de serviços a qualquer cidadã brasileira ou estrangeira que estiver em nosso território, a toda transexual, deficiente, idosa, usuária de drogas, profissional do sexo ou criança brasileira, turista, estrangeira ou migrante, por exemplo, que precise de ajuda para recuperar sua saúde. Estamos nos declarando antropólogos implicados, aplicados e comprometidos com a livre circulação pelos corredores, consultórios e UTIs do SUS, independente de ter ou não um contracheque, de ser amiga ou não do ministro da Saúde, de saber ou não acionar o Ministério Público para conseguir uma liminar.

Com o apoio fundamental da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal, do GDF, na gentil figura de seu presidente, Wellington Almeida; do Departamento de Antropologia (DAN), com o apoio de sua chefia, Cristina Patriota de Moura; do Instituto de Ciências Sociais e seu diretor, Luís Roberto Cardoso de Oliveira; e do Decanato de Extensão da UnB, na figura do Márcio Florentino, foi possível organizar um evento um pouco maior, com dois dias e meio de atividades. Mesas-redondas, grupos de trabalho, exposições fotográficas, lançamentos de livros e performances aconteceram no prédio do Instituto de Ciências Sociais. A maior surpresa que o evento nos trouxe foi a quantidade de pessoas interessadas em vir apresentar resultados de suas pesquisas, assistir às palestras, adquirir livros e conhecer seus autores e autoras. Estabelecemos inscrições baratas; facultamos espaço de apresentação para todos os níveis de formação e também para quem não era da antropologia nem da academia; articulamos uma comunicação célere e eletrônica; envolvemos na organização estudantes de graduação e pós-graduação, colegas do DAN e também do Departamento de Saúde Coletiva (DSC). Assim, preparamos materiais e espaços para uma centena de pessoas, mas o dobro disso apareceu no prédio do Instituto de Ciências Sociais (ICS), lotou as pequenas salas, topou sentar pelo chão, conferiu as onze mostras fotográficas pelas paredes, discutiu suas pesquisas e interpelou as dos outros, pediu autógrafos,

postou nas redes sociais fotos e depoimentos ouvidos nas palestras.¹ E, depois, todos ainda continuaram animadamente a prosa pelos botecos do chamado Baixo Asa Norte, ali na CLN 408.

Vi muitas antropólogas, mas também vi médicas, enfermeiras, sanitaristas, artistas plásticas, psicólogas, professoras, secundaristas, pacientes, cineastas. Vi um conjunto de pessoas falando de suas experiências de adoecimento, do ponto de vista de quem passa por pílulas e procedimentos diariamente, de quem ouve e escreve sobre isso, de quem fotografa essas rotinas e protocolos. Vi uma explosão de abraços, sorrisos, risadas e muita coisa ser anotada, trocada e fotografada. Vi reencontros, brindes e planejamentos de atividades acontecerem. Minha aposta é de que a I RAS e, agora, a II RAS ajudaram a colocar em prática o que a antropologia da saúde sempre tem por expectativa: consolidar o lugar da antropologia no diálogo – que deve ser polifônico – sobre o sofrimento humano. E, com isso, mostrar que nossas pesquisas, lentas, longas e artesanais, ao lado de pessoas adoentadas, cuidadoras, moribundas, ouvindo suas histórias, lamentos e esperanças, valem a pena ser contadas. Valem para oxigenar as soluções que têm sido convencionalmente aventadas pelos gestores e políticos para problemas de saúde.

Ao final, a assembleia decidiu que a III RAS será hospedada pela equipe de antropólogas da UFRN. Ademais, ficou claro como o “r” de “RAS” pode iniciar mais do que “reunião”. Circulava uma efervescência pelo evento sobre a constituição de uma *rede* e, também, uma *revista* de antropologia da saúde. Há vibrantes planos em andamento, portanto.

A II RAS só pôde acontecer porque um conjunto muito comprometido e profissional se juntou e amparou. Aqui, aproveito para agradecer publicamente a todas elas. Minhas queridas orientandas de graduação, mestrado e doutorado, Thais Valim, Victor Vitor (V2), Rosana Castro, Cíntia Engel, André Justino; nossas estudantes do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Saúde (PPGAS), Monique Batista, Gabriela Cunha e Cibelle Canto; nossas estudantes de graduação da antropologia e da saúde coletiva, que trabalharam como monitoras, Mariana Alves Simões, Isabella Drumond Rodrigues, Gabriela Cunha dos Santos, Hellen Rodrigues Batista, Amanda Pereira Campos, Calile Gonçalves Goes, Ícaro Costa Peixoto, Maysa Monteiro Camelo, Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos, Clarissa Lemos Cavalcanti, Amanda Antunes Reis

¹ A programação completa do evento pode ser revisitada aqui: <https://iiras2017.wixsite.com/iiras2017/programacao>.

Santos de Oliveira, Ana Paula Santos Gonçalves Dias, Ingrid Maria Bezerra Candido, Vitória Carvalho Amaral, Sacha Santos Saboia Diniz de Carvalho, Jaqueline dos Santos Basílio e Nathália Barcelos Ubialli; minhas colegas antropólogas Giovana Tempesta e Silvia Guimarães, do DAN, Everton Pereira e Pamela Bermudez, do DSC, e Rosamaria Carneiro, Erica Quinaglia, Tatiana Guedes e Raysa Martins, da FCE. Foi fundamental o apoio de Fabiene Gama, de nosso DAN, para imaginar, selecionar e instalar as onze exposições fotográficas no prédio do ICS. Também quero agradecer às minhas queridas amigas do LAVIVER Antonádia Borges, Christine Alencar e Cristina Patriota de Moura, que gentilmente concordaram em colocar o espaço do laboratório à disposição como QG do evento; e a antropólogas que já estiveram no DAN e se mantêm vinculadas a ele: Rosa Virgínia Melo, Livia Vitenti e Natalia Almeida.

Institucionalmente, o evento teria sido impossível sem o apoio de Rosa Venina, Caroline Greve, Laíse Tallman, Jorge Máximo e Antônia Herculana da Silva Vale (Branca), do DAN; André Leão, do IRIS; Francisco Matos e Claudio Batista, do ICS; Michele Lino da Silva, Gabriella da Conceição e Carlos e Junior Gomes, do SOL; e Everton Nunes da Silva, da FCE. A ABA, nas figuras de Lia Zanotta Machado, Cristhian Teófilo e Carlos Alexandre Barbosa, foi receptiva em nos ajudar a captar financiamentos. E minha querida mãe, rebatizada mais recentemente como Vovó Didi, fez um lindo arranjo de flores do seu jardim para ornamentar a mesa principal do evento. No final das contas, o evento só aconteceu mesmo porque centenas de pessoas se interessaram, se inscreveram, escreveram e enviaram seus trabalhos e se deslocaram até Brasília para participar conosco². Todo esse grande conjunto de pessoas fez a II RAS acontecer de modo tão bonito.

A II RAS revelou como antropologia de qualidade pode resultar da reunião de pessoas com interesses em comum, da força do trabalho coletivo dos grupos de pesquisa, da associação criativa de modo intergeracional, intermetodológico, interdisciplinar e interinstitucional. Agora, com este livro, as 72 horas, isto é, os dois dias e meio do evento, estarão registradas e poderão ter suas ideias circulando e inspirando mais gente, mais longe e por mais tempo. Parabéns e grata às organizadoras e às autoras desta importante obra! Vida longa às RAS!

Soraya Fleischer

Coordenadora da II Reunião de Antropologia da Saúde

² E os Anais eletrônicos do evento podem aqui ser acessados: <https://iiras2017.wixsite.com/iiras2017/trabalhos>

REFERÊNCIA

Longhi, Marcia; Franch, Mónica; Neves, Ednalva (Orgs.). *Antropologia da saúde: políticas da vida e cidadania*. João Pessoa: Editora da UFPB, 2018.

INTRODUÇÃO

CRISE POR QUÊ? CRISE PRA QUEM?

*Rosana Castro
Cíntia Engel
Raysa Martins*

A ideia de crise, tragédia, ruptura não é autoevidente, unívoca ou indisputável. O entendimento de determinado evento ou período como crítico, normalmente em comparação a um momento anterior no qual a crise era inexistente ou não se mostrava tão grave, é constituído a partir de pontos de vista, experiências, percepções e vivências diversas. Estas, por sua vez, podem reconhecer que um processo de sucessivos acintes encontrou seu auge e, a partir dele, desastrosos efeitos se desembarçaram sobre todas e todos; ou, inversamente, julgar que se trata justamente de um momento no qual a crise é deixada para trás e, em seu lugar, um período de “ordem e progresso” enfim desponta. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que, para além de um debate inócuo e perigoso sobre o relativismo da ideia de crise – que poderia, evidentemente, favorecer aqueles que dela se beneficiam diretamente –, ao nos referirmos ao termo estamos diante de uma disputa política sobre a narrativa do tempo e as perspectivas de futuro.

É nesse contexto que escolhemos o tema das antropologias *da e na* saúde em contextos de crise como eixo para a composição desta coletânea. Ao convocar os participantes das variadas mesas-redondas e de grupos de trabalho da II Reunião de Antropologia da Saúde (RAS), realizada em 2017 em Brasília, a retrabalhar suas apresentações a partir desse tema, buscamos incitá-los a colocar suas reflexões a serviço de um posicionamento político diante das múltiplas acepções para a palavra “crise”. De um modo geral, apesar de nenhum dos trabalhos ter se debruçado sobre o esforço de construção de uma genealogia ou teorização da categoria “crise”, as colaboradoras desta coletânea parecem ter oportunizado a seguinte reflexão a respeito do sistema de saúde no Brasil: “crise por quê e para quem?”

Sobre esse ponto, parece haver certo consenso entre as autoras de que a crise nas políticas públicas de saúde brasileiras não começou com o golpe parlamentar e a ocupação insidiosa subsequente de gestores comprometidos com o seu desmonte – por exemplo, o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros. Ao contrário, as autoras evidenciam o quanto políticas de Estado, como o projeto do Sistema Único de Saúde, construído no período de redemocratização pós-ditadura militar, possibilitado por meio da promulgação daquela que ficou conhecida como Constituição Cidadã por garantir a universalidade dos direitos sociais, estão ainda lutando para se firmar. É evidente, em suas etnografias e análises, o quanto a falta de referências, instrumentos, recursos e redes de cuidado para usuários, e também para vários dos profissionais de saúde, compromete há décadas as possibilidades de emergência de um sistema justo de saúde. Por outro lado, algumas autoras pontuam de modo pertinente o fato de estarmos diante de uma inflexão conjuntural no cenário nacional, cujos efeitos são ainda difíceis de cartografar. Talvez a manifestação mais eloquente e imediata da crítica transição que estamos vivendo sejam os cortes de verba na área da saúde, fragilizando ainda mais um sistema que já era subfinanciado, e a afirmação pública de uma agenda de prioridades voltada para a privatização. O congelamento do investimento público nos setores de saúde e educação pelos próximos vinte anos, aliado ao incentivo oferecido pelo atual governo à terceirização das mais diversas atividades do setor, denota que uma nova etapa crítica foi inaugurada.

Duas reflexões, são, portanto, fundamentais. A primeira delas é que se posicionar diante das situações contemporâneas reconhecendo-as como crise é uma postura política cuja narrativa e projeto políticos cabe situar e detalhar. Ao intitular o livro como *Antropologias, saúde e contextos de crise*, não buscamos um alinhamento com disputas que tendem ao acirramento e à capitalização intensa em ano de eleição. Ao contrário, reconhecer a crise implica compreender que o golpe parlamentar de Estado consolidado em 2016 é parte de uma constelação mais ampla de eventos históricos na saúde pública brasileira, que apresenta, simultaneamente, rupturas e continuidades com períodos anteriores.¹ Entendemos, nesse sentido, que a deposição da presidenta eleita deflagrou um processo no qual as garantias de cargos, propinas e projetos de privatização a torto e à direita

¹ Basta lembrarmos as intensas discussões sobre a construção da usina de Belo Monte, o aumento do genocídio e encarceramento negro e indígena, concordatas com direitos de LGBTs e mulheres nas instâncias legislativas nas últimas duas décadas, para exemplificarmos algumas continuidades.

tomaram a dianteira das instâncias decisórias, com as mais diversas ramificações. Nesse sentido, se governos anteriores tinham dificuldades em manter e arcar com compromissos que trouxessem transformações na vida de sujeitos, famílias, grupos e comunidades Brasil afora, o governo que ora se instaura tem projetos temerosos de privilégio irrestrito do capital em prejuízo das populações que, em décadas anteriores, lograram concretizar algumas de suas demandas históricas em avanços e melhorias de vida e direitos.

A segunda reflexão é um chamado à saída do estado de perplexidade para a ação. Diante do desmonte diário, a sensação de “retrocesso”, compreensivelmente, parece sobressair. Ao ler o trecho seguinte, a respeito da implantação do SUS, nos anos 1990, temos a estranha sensação de não saber exatamente em que ano estamos: “a conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, colocou constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado” (Menicucci, 2009, p. 1621). A conjuntura de consolidação do SUS, portanto, foi crítica desde sua mais tenra etapa e ora se atualiza, intensifica e diversifica. Entretanto, a exemplo dos diversos movimentos sociais – dos quais participaram várias antropólogas – que contribuíram para que alcançássemos, em tempos tão adversos, o que temos hoje, cabe também nos indagar o que podemos fazer diante da atual situação.

A organização desta coletânea propõe alguns caminhos para essa questão. Os trabalhos aqui reunidos possibilitam refletir sobre uma multiplicidade de crises crônicas que atravessam as políticas e práticas de saúde em contextos urbanos e de comunidades tradicionais quilombolas e indígenas, colocando a pesquisa etnográfica e as perspectivas analíticas da antropologia e da saúde coletiva em diálogo. Ademais, os textos chamam à urgência da retomada constante dos termos da disputa pelos direitos ao acesso a aparelhos públicos e de qualidade para todas e todos diante da intensidade com as quais têm sido implementadas políticas de desmonte do SUS, assim como de diversas outras políticas públicas elaboradas para assegurar direitos sociais garantidos na Constituição de 1988. Tais situações, lembram bem as autoras, tendem a vulnerabilizar de modo mais intenso os grupos historicamente alijados de direitos e acesso à saúde.

O picho “Vandalismo é a fila do SUS”, exibido na capa do livro, se conecta de várias formas com o que as autoras nos dizem e com os desafios e propostas de ação modulados ao longo do livro. A fila nos lembra das negligências e dificuldades de acesso, que, como já afirmamos, são contínuas, antigas e precarizam as vidas de muita gente. Vandalismo, nesse caso, é o termo escolhido pela pichadora desconhecida para se referir às muitas violências de um Estado de bem-estar social que continua distante, bem como uma forma de reação e crítica à utilização desse termo para criminalizar movimentos de ocupação estética dos muros das cidades (como pichos, grafites, lambes...). O picho possibilita também pensarmos em como a palavra “vandalismo”, ali, critica e se reapropria da terminologia escolhida por golpistas e seus apoiadores para se referirem aos cidadãos que protestavam contra as investidas aos direitos sociais, invertendo sua negatividade para a ação e a omissão crônica do próprio Estado.

Essa frase, quando líamos e falávamos dela há pouco tempo, nos comunicava de pronto sobre tais questões. Hoje, ao escolhê-la, sentimos um receio de que a comunicação não só é um pouco mais truncada e necessita de explicações, como também poderia nos levar a cometer um perigoso erro. Essa frase poderia ser lida como uma abrangente crítica à existência do SUS, um atestado de fracasso e, em uma conexão argumentativa comum, uma legitimação para o desmantelamento dos seus serviços e uma justificativa às privatizações. Não desistimos do picho exatamente por todas essas camadas de sentido que queremos e disputamos que ele comunique. Somos da posição de que temos desafios concorrentes em nossa prática contemporânea: cartografar desmontes e, ao mesmo tempo, não invisibilizar negligências e violências históricas.

ANTROPOLOGIAS, SAÚDE E CONTEXTOS DE CRISE

Abrimos o livro com o texto escrito a partir da conferência de abertura da II RAS, de Sônia Maluf. A autora defende que a antropologia sempre foi marcada pelo seu contexto de atuação e que produzir e versar criticamente sobre as realidades do golpe são aspectos importantes da prática antropológica contemporânea. Sugere-nos dois caminhos de atuação nesse sentido: i. cartografar as consequências dos desmontes levados a cabo; e ii. continuar fazendo etnografias do Estado. Se, historicamente, a antropologia da saúde tem sido crítica e atenta às

consequências das biopolíticas levadas à frente pelo Estado, Sônia sugere a importância de reconhecer as brechas e resistências e se engajar na defesa urgente de certas políticas da vida, assim como no exercício de pautar novas políticas da vida. As saudades do futuro – citadas no título e no fechamento do artigo – dizem respeito aos caminhos e investimentos que pareciam assegurar certos debates, demandas e disputas e que, nesse novo ciclo nacional de cortes e arrochos, nos levam a voltar (ou continuar) a disputar e pautar o mínimo.

Seguindo o fluxo dos textos, as três partes da coletânea denotam a riqueza e proficuidade de iniciativas possíveis *na*, *da* e *a partir da* antropologia. Na primeira seção, que denominamos “Etnografias em contextos de crise”, os capítulos se debruçam de modo sistemático sobre situações persistentes de negligência *no* e *do* sistema de saúde, relacionando-as ao período histórico mais recente a partir de diferentes investimentos etnográficos. Com as etnografias, passamos a nos afetar de vidas em crise ou à beira de diversas e constantes crises, e a disputa do mínimo é uma constante, junto com a produção de brechas, possibilidades e narrativas. As autoras nos deixam muito próximas de como vulnerabilidades e violências são geradas na ausência de cuidados vitais.

Natália Fazzioni relata como profissionais de saúde e usuários do SUS do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, enfrentam complicadas situações de precariedade e desenvolvem os mais diversos arranjos para tentar solucioná-las cotidianamente.² Nesse contexto, questões como o conservadorismo da classe médica e sua resistência a trabalhar em regiões vulnerabilizadas são alinhavadas à invisibilização das mortes ocasionadas pela situação cronicamente crítica do SUS. As articulações próximas entre experiências partilhadas de violência e de insuficiência na oferta e nas possibilidades de realização de cuidados ganham espaço com as histórias contadas por Fazzioni. A noção de precariedade é alçada como conceito para articular tempos e vidas diversas, que se encontram em situações complexas de necessidade aguda de cuidados básicos e que produzem frágeis redes de atenção atravessadas pela família, pela vizinhança e pelo sistema de saúde.

Márcia Longhi, por sua vez, pensa os agravamentos que podem ocorrer diante de uma Reforma Previdenciária sobre os processos de

² Seu trabalho foi apresentado no GT Metodologias Participativas em Antropologia e Saúde Coletiva, coordenado por Elizabete Cristina Fagundes de Souza (UFRN), Ana Gretel Echazú Böschemeier (UFRN) e Lívia Vitenti (consultora OPAS).

adoecimento de idosos, tomando suas interlocutoras paraibanas como ancoragem etnográfica.³ Os modos históricos de vulnerabilização social dos sujeitos parecem se acentuar na vida de mulheres idosas, colocando-lhes na delicada e injusta posição de serem consideradas individualmente como dependentes, contra o pano de fundo tido como ideal da autonomia. A partir da tensão entre discursos de promoção de uma vida idosa “ativa” e “autônoma” e os mais diversos desafios para que esta autonomia seja construída de modo relacional, a autora possibilita que pensemos como modos de articular e construir essa fase da vida também são atravessados por uma crise, cujos efeitos podem ser agravados diante da desmobilização de direitos adquiridos pela população idosa.

Na sequência, Mónica Franch nos urge a pensar o quanto a crise que vivemos não se encerra no Brasil. Ao trazer os desafios enfrentados por brasileiros que vivem com HIV/aids na Catalunha, ela revela as continuidades internacionais entre as políticas de austeridade e os desmontes de políticas de saúde na Europa e no Brasil. Não obstante, é destacado o quanto o reconhecimento dos migrantes brasileiros de si mesmos como sujeitos de direitos, uma identidade construída no bojo dos processos de redemocratização dos anos 1980, constitui uma ferramenta fundamental para lidar com as tensões diversas para acesso a serviços e direitos relacionados à saúde.

Encerrando esta parte, Érica Quinaglia Silva explicita alguns dos limites dos avanços da Reforma Psiquiátrica quando voltamos nosso olhar para as mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal.⁴ Ao problematizar a centralidade da categoria da “periculosidade”, a antropóloga destaca que as mulheres que estão na interseção entre os sistemas de justiça e de saúde podem ser eternamente consideradas perigosas pelas perícias psiquiátricas e, assim, ficar submetidas ao encarceramento por toda a vida – mesmo que não haja sentença que lhes responsabilize criminalmente e que um juiz lhes tenha encaminhado para tratamento. A autora evidencia como negligências nos cuidados com o sofrimento afastam sujeitos do sistema de saúde e os aloca no sistema

³ Márcia Longhi participou da mesa-redonda Saúde e Interseccionalidades em Contextos de Crise, tendo sido acompanhada por Rozeli Porto (UFRN), Mónica Franch (UFPB), Fátima Tavares (UFBA) e Débora Allebrandt (UFAL).

⁴ Uma versão preliminar deste texto foi apresentada na mesa-redonda Saúde Mental: um Olhar Antropológico, composta por Elizabete Cristina Fagundes de Souza (UFRN), Carlos Guilherme do Valle (UFRN), Luziana Silva (UFPB), Rosa Virgínia Melo (UnB) e Livia Vitenti (consultora da Organização Pan-Americana de Saúde).

carcerário. A partir de relatos etnográficos densos, nos aproxima de vidas confinadas pela psiquiatria a serviço da segurança pública.

Já o segundo bloco do livro, decidimos chamar de “Antropologias *da* e *na* saúde: debates, propostas e impasses”. Nele, leremos sobre teorizações, debates e composições de redes na prática da antropologia em interface com a saúde – tema recorrente e fundante para as RAS. Seria mais justo dizer que, ao ler os textos, temos acesso a muitas maneiras, posicionamentos e estratégias de constituir interfaces entre modos de fazer antropologia e modos de se articular em torno das muitas produções de saúde.

Rosamaria Carneiro e Octávio Bonet debatem, a partir de posições e proposições distintas, o fazer antropológico em diálogo com a biomedicina e a saúde coletiva praticada por instituições públicas e urbanas brasileiras.⁵ Carneiro, por meio de uma escrita “autobiográfica de inspiração antropológica”, reflete sobre fazer e ensinar antropologia fora de um departamento de antropologia e sobre os limites e tensões de uma disciplina em diálogo com outra na formação de profissionais de saúde. A autora descreve como a prática e o método da antropologia podem tensionar de forma positiva os espaços, mas que essa potência é um desafio para quem a pratica. Ao refletir sobre o tipo de produção nessa margem entre disciplinas, observa como nem profissionais de saúde – incomodados com o método etnográfico e a não intervenção –, nem antropólogos que produzem em departamentos de antropologia – incomodados com a produção de uma ciência muito aplicada, “menos pura” – reconhecem, ou conseguem ouvir sem ressalvas, a antropologia feita na saúde. Carneiro, então, propõe que, apesar de essa margem entre disciplinas e espaços de produção ser um lugar criativo, a atuação nela pode significar estar à margem, ou mesmo à deriva. Assim, sugere que se relate e reflita mais sobre essa prática, no sentido de pensar teoricamente a própria existência e contornar esses dilemas de encontro e estranhamento, potencializando diálogos e possibilidades para a antropologia na saúde.

Já Bonet argumenta de uma posição diferente – está em um departamento de antropologia, mas sua prática de pesquisa e atuação o situa no fazer antropológico tanto *na* como *da* saúde. Apresenta-nos dois debates: i. quais as consequências de trabalhar em uma área limiar com a saúde e ii. como ressaltar a potência e liberdade de trabalhar nas margens e as razões por continuar fazendo antropologia da saúde. No primeiro tópico,

⁵ Os autores participaram da mesa Antropologia na Saúde, dialogando com os trabalhos de Jaqueline Ferreira (UFRJ), Eunice Nakamura (Unifesp) e Anahi Guedes (UFSC), sob a coordenação de Éverton Pereira (DSC/UnB).

relembra as tensões já clássicas entre formulações sobre ética na saúde e na antropologia, e como estas geraram mudanças recíprocas. Sua aposta é que a própria natureza desse fazer etnográfico *na e da* saúde provoca mutações em ambas as áreas, levando-as a territórios de produção de epistemologias híbridas. Em seguida, pergunta-se o que a antropologia pode fazer pela saúde e por que continuar. Sugere-nos que investir nas etnografias, nos encontros e nas criações mútuas é um caminho consolidado para isso. Mas outro rumo poderia envolver lidar com a “intervenção”, o que, em sua perspectiva, pode se dar com sistematizações coletivas das etnografias e intentos de diálogos com gestores, assim como a produção de caminhos para pensar e falar sobre possibilidades de intervenção mais direta. Assumir e fortalecer a hibridez é o tom da proposta.

Ao passarmos para o texto de Esther Jean Langdon e Ari Ghiggi Jr, nos deparamos com outros híbridos, debates e feitura de campos, tanto na antropologia como na saúde. Os autores descrevem o processo de formação de redes interdisciplinares de pesquisadores em saúde indígena e discutem os papéis que a antropologia teve na formação de um Subsistema de Saúde Indígena dentro do SUS. Ao passo que Langdon e Ghiggi partem dos grupos e das redes nas quais estão envolvidos, apresentam-nos um panorama maior de engajamentos de uma área: a antropologia da saúde indígena, que se fez em meio a diálogos interétnicos, interdisciplinares, interinstitucionais e internacionais, a fim de produzir “pesquisa estratégica como engajamento crítico”. Os autores ainda nos fazem conhecer alguns conceitos produzidos pela antropologia feita pelo sul, especialmente na América Latina, que, ao longo desse processo de constituição de um campo, conseguem melhor capturar a perspectiva crítica de atuação antropológica latina. Para os autores, é fundamental não simplificar as relações entre saúdes e as constantes tensões entre lógicas centralizadoras e políticas de diversidade. A composição de relações simétricas, assim como de pesquisas e ferramentas conceituais adequadas, é um constante desafio de atuação dessa rede, intensificado em momentos em que a centralização do Estado encontra menos barreiras e possibilidades de resistência.

María Epele nos leva ainda para outro contexto e potência das antropologias a partir do sul – em seu caso, da Argentina urbana periférica. Pesquisando abordagens *psi* sobre sofrimentos em espaços de pobreza, o trabalho da autora é fazer de objeto o próprio processo de argumentar e produzir sentido e realidade. Trata-se de olhar não somente para os argumentos produzidos e suas genealogias, mas também para a práxis

argumentativa – a qual diz respeito tanto a argumentos acumulados como às características que eles assumem em contextos, observando-os, assim, em fricção entre si na produção de sentidos, linguagens e experiências. Nesse exercício, a autora nos sugere *decolonizar* o argumentar: olhar para modos latinos de argumentar e suas fricções com as teorias *psi* e criar antropologia a partir dessa torção sobre si mesmo.⁶

São todos textos propositivos, que trazem à tona debates caros às suas áreas e práticas, além de propostas conceituais, epistemológicas e políticas para lidar com eles. A partir de sua leitura, acessamos as diversidades que compõem essas interfaces, um pouco de suas histórias, caminhos e contextos. Com isso, podemos observar de forma crítica reflexões, debates e impasses na composição de engajamentos com a antropologia e a saúde sendo geradas e debatidas em seu processo.

A terceira parte do livro, “Tecnologias de engajamento: conhecer, fazer, resistir”, nos convoca a pensar, sobretudo, na autonomia dos sujeitos e em suas criativas elaborações para lidar com os ditos regimes de normalização e padronização, ou ainda com as imposições de espaços de conhecimento e de saber-poder tidos como hegemônicos. Estamos agora no campo das táticas, dos modos de fazer cotidianos (Certeau, 1994), que contam com a sagacidade dos sujeitos e nos convidam a observar com atenção, especialmente porque evidenciam seu caráter contextual, situado e relacional: o processo de construção de tecnologias que engendram outras realidades e mundos.

Os quatro textos que compõem esta seção nos direcionam a considerar contextos onde discursos são proferidos, relações entre humanos e não humanos são estabelecidas, e resistências são forjadas e atualizadas. Quando se considera que temos ao centro uma área da antropologia em estreito diálogo com um domínio de conhecimento, que não é heterogêneo, diga-se de passagem, mas que em muitos aspectos possui pretensão universalizante, isso é ainda mais significativo.

Sirlene Passold é quem abre essa discussão dando enfoque a tecnologias terapêuticas e de compartilhamento de saberes ancestrais

⁶ Ambos os textos – de Epele e de Langdon e Ghiggi – foram escritos a partir da mesa Redes de Antropologia da Saúde, que também contou com a presença de Cristina Larrea (Medical Anthropology Research Center/MARC/Barcelona), Margret Jaeger (Medical Anthropology Network/EASA) e Pedro Nascimento (GRUPESSC/UFPB), além da coordenação de Tatiana Guedes (FCE/UnB).

que são conectadas a um território.⁷ Nele também estão circunscritos a resistência de vários povos e seus processos identitários. Dona Germana, Dona Antônia, Dona Zélia e Dona Lenir, mulheres da comunidade quilombola de Puris, localizada no norte de Minas Gerais, contam sobre conhecimentos que fazem parte do rol de suas práticas cotidianas e que lhes foram transmitidos ao longo de gerações pelos membros de sua comunidade. Ao iniciar seu texto indagando se “saúde está relacionada com estética”, ela nos convida a pensar sobre um elemento central tanto para a saúde coletiva quanto para a antropologia: o território. No campo da saúde coletiva, não só a produção de conhecimentos e estratégias de intervenção, mas também as propostas metodológicas têm como eixo central, em grande medida, o território. Na antropologia, por sua vez, estamos frequentemente dialogando no horizonte semântico do “campo”, espaço em que várias ramificações e interconexões de instituições, significados, saberes, práticas, se entrecruzam. Ao afirmar que a saúde, a estética e os conhecimentos tradicionais estão ligados ao território, a autora, que também é quilombola, está se referindo a um todo e nos impele a refletir criticamente sobre os processos de purificação e segmentação rotineiramente reproduzidos no âmbito da pesquisa científica e da elaboração de políticas públicas.

Nesse caso, estamos falando da segregação de políticas que se constituem “com pretensão de” ser intersetoriais, e não da segmentação de políticas pautadas por marcadores sociais da diferença. No caso destas últimas, Victor Barreto, autor do segundo capítulo desta parte, nos ajuda a pensar especialmente a potência da contribuição da etnografia em sua formulação.⁸ Ele dá destaque à noção de risco, que se enuncia na transformação de categorias, como a alteração da nomenclatura “grupos de risco” para “população em situação de vulnerabilidade acrescida”; passa por elaborações de saberes e práticas através de experimentações cotidianas; engloba exercícios de avaliação de risco e escolhas baseadas em dimensões “sensoriais” e “sensuais”; até chegar à compreensão de que termos como “risco”, bem como “prevenção e cuidado”, são relacionais, historicamente situados e contextuais. Pelo viés de análise do risco,

⁷ A autora participou da mesa O Diálogo de Outras Epistemologias com a Saúde dos Povos Quilombolas e Indígenas e dialogou com os trabalhos de Alceu Karipuna (UFAP/MESPT/UnB), Osmundo Pinho (UFRB) e Mônica Nogueira (MESPT/FUP/UnB). A mesa foi coordenada por Sílvia Guimarães (DAN/UnB).

⁸ Seu trabalho foi apresentado no GT HIV/Aids, Hepatites Virais e outras ISTs: Pesquisas Socioantropológicas e suas Interfaces sobre Políticas e Ações em Saúde, coordenado por Luziana Marques Silva (UFPB), Ivya Maksud (Fiocruz) e Larissa Polejack (UnB).

considerando sua sinonímia com a palavra “ameaça”, é importante lembrar a situação de doenças que carregam uma forte dimensão moralizadora, que tende a responsabilizar pessoas e condenar suas práticas – assim como as pesquisas das ciências sociais que versam e se engajam sobre elas –, em um momento no qual visualizamos o avanço de investidas conservadoras no país.

Os dois capítulos seguintes nos falam sobre o campo da deficiência.⁹ Clarice Rios, a partir de uma sofisticada discussão bibliográfica, expõe como pesquisadoras antropólogas levaram o autismo para o “coração da antropologia”, ao trazer para o centro discussões sobre a constituição da sociedade, particularmente a respeito das dimensões da comunicação e da interação social.¹⁰ Ela problematiza a concepção presente nos manuais diagnósticos de deficiência que abordam o autismo como déficit na comunicação e na interação social. Ao considerar a discussão promovida pelo “modelo social da deficiência”, um dos questionamentos que ela traz à tona é “qual é o impedimento por trás do autismo como deficiência?” Ademais, o texto nos leva a questionar se o foco do olhar sobre o autismo deveria estar em déficits individuais e não no reconhecimento de que existem modos heterogêneos de aprendizagem social e de interação. Clarice Rios aborda ainda o papel de elementos externos no desenvolvimento de processos mentais e, mais que isso, em processos de extensão da pessoa a partir de experiências de “corporificação compartilhada” entre pessoas com autismo e seus pais e cuidadores.

Em “Corporalidades cegas como forma de saber-fazer”, Olívia von der Weid tem como questão central a percepção de mundo de pessoas cegas. Em seus primeiros exercícios investigativos, ela se depara com a esfera do “regime de normalização”, que, além de impor padrões não alcançáveis, parece eclipsar possibilidades múltiplas de significados e de existência no mundo. Ela, então, percebe que a cegueira é definida por uma negação: seria a falta ou a não capacidade de enxergar. Ao adentrar o campo e entrar em contato com seus interlocutores, o impacto inicial dessa definição restrita logo é substituído pela leitura das múltiplas

⁹ Uma das participantes da mesa Antropologia na Saúde, Anahi Guedes, pesquisadora e ativista do antipacitismo, fez uma fala intensa sobre a recente visibilidade dos estudos de deficiência para a antropologia da saúde e um convite aos ouvintes – que estendemos aos leitores deste livro: conhecer e dialogar com as produções sobre a deficiência e, dessa forma, fazer o movimento antipacitista ocupar a antropologia *na e da* saúde.

¹⁰ Clarice Rios e Olívia von der Weid apresentaram seus trabalhos no GT Antropologias e Deficiências, coordenado por Luciana Lira (UFPE), Éverton Luís Pereira (DSC/UnB) e Soraya Fleischer (DAN/UnB).

potencialidades de realização da pessoa com cegueira, mas também de produção de novas normatividades vitais – que, em grande medida, são invisibilizadas, silenciosas ou ordinariamente diferentes. Inspirada nas ideias de “educação da atenção” e do “fazer como um processo de crescimento” de Tim Ingold, aborda invenções mediadas pela experiência dos corpos em contato com humanos e não humanos, e ainda com o âmbito das sensações, dos sentidos e da criação de conhecimentos práticos. Além disso, percebe que, pelas experiências cotidianas com seus corpos, as pessoas com cegueira com quem interagiu lidavam com “outras modalidades de produção e criação de mundos”.

Nesta última parte, lidamos com sujeitos para os quais a agudeza da crise não é recente. Talvez nem poderia ser denominada de crise, mas de um cenário de contínuos desafios de ordem material, simbólica, moral, espacial – ou talvez o desafio de estar à e na margem. Estar nessa posição é ser alvo primeiro quando o discurso geral de crise se instaura e se intensifica. É também, contudo, acumular tecnologias, conhecimentos, modos de fazer e estratégias de resistência.

Sem nos estendermos mais, esperamos que a leitura seja instigante, cheia de caminhos, detalhes e potências localizadas. Gostaríamos, ainda, que cada um dos textos, seus contextos e suas redes de criação ocupassem preocupações e fazeres coletivos, registrando e fazendo circular, como nos disse Soraya Fleischer em sua apresentação, as ideias de um encontro como a II RAS, assim como os conhecimentos acumulados sobre lidas com as crises.

REFERÊNCIAS

Certeau, Michel de. *A invenção do cotidiano: I, Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

ANTROPOLOGIAS E POLÍTICAS EM CONTEXTOS DE CRISE: SAUDADES DO FUTURO

Sônia Weidner Maluf

Neste texto sobre a questão da antropologia em contexto de crise, gostaria de iniciar com um comentário sobre o contexto recente do país, que necessariamente reposicionam nossa compreensão sobre o fazer e o pensar antropológicos. A própria iniciativa de pautar essa discussão já é um ato de resistência e de preocupação com o compromisso social da antropologia brasileira.

Pensar o tema da Antropologia em tempos de crise nos leva necessariamente a reflexões sobre de que modos a antropologia é interpelada pelo contexto histórico que estamos vivendo no Brasil, após o golpe de Estado de 2016, e sobre o que pode a antropologia nestes tempos difíceis, colocando o meu próprio trabalho e pesquisas em perspectiva nesse contexto.

Em um colóquio organizado em junho de 2017 pelo Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (Transes) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o II Colóquio Sujeitos, Estado e Políticas Públicas, que teve como tema *o que pode a antropologia em tempos de retrocesso nos direitos?*, a uma certa altura surgiu a pergunta: “será que daqui a pouco estaremos reivindicando a volta das biopolíticas?” Essa questão veio num contexto em que, passados três anos do I Colóquio, realizado em março de 2014, transformações inesperadas e contundentes

tinham atingido as políticas públicas, inclusive as de saúde, e o próprio Estado brasileiro.¹

Naquele I Colóquio de 2014, os trabalhos mergulhavam nas políticas públicas, a maior parte delas em saúde, mas não só: serviços de saúde, usuários e suas recriações e reinvenções da vida a partir do diagnóstico, tratamento e mesmo internações psiquiátricas, direitos sexuais e reprodutivos, instituições de acolhimento e encarceramento, e por aí vai. O tom teórico dos debates era de pensar o Estado do ponto de vista antropológico, ou seja, o Estado visto de baixo, conforme as formulações de Michel-Rolph Throuillot (2001) e de Marc Abélès (1992); abordar as políticas públicas em toda a sua extensão, da sua formulação às práticas cotidianas nos serviços e instituições feitas por pessoas concretas e suas agências e reinvenções das políticas públicas; e os modos como os chamados “usuários”, ou pessoas e populações-alvo dessas políticas, interagem com estas, ressignificando diagnósticos, manipulando tratamentos, reconstituindo saberes sobre si e construindo ou modificando práticas de cuidado (de si e dos outros). A conferência de encerramento do Colóquio de 2014, proferida pelo sociólogo francês Marc Bessin, foi sobre o tema do *care* (cuidado) e as potências do conceito para pensar e indagar sobre as políticas sociais. Vivíamos naquele momento no Brasil os resultados de algumas décadas de construção de um certo Estado do bem-estar social, de políticas públicas voltadas para a população, em uma perspectiva de inclusão, redistribuição e reconhecimento de populações, comunidades e sujeitos historicamente no Brasil jogados à margem e nas zonas de abjeção da Nação brasileira. No campo da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, estava na ponta dessas políticas, sendo considerado, enquanto projeto e princípios, um modelo mundial, apesar de todas as suas deficiências e dificuldades. De certo modo, a grande expansão dos estudos antropológicos sobre políticas públicas e particularmente sobre políticas públicas em saúde no Brasil nos últimos anos deve-se também à expansão dessas políticas.

¹ Alguns sinais dessas mudanças que viriam já estavam sendo dados, e é irônico lembrar que, apenas dez dias depois desse I Colóquio, forças policiais invadiram o Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, no qual eu era vice-diretora. O desdobramento do evento me custou duas denúncias pelo Ministério Público Federal (MPF) e seu desejo punitivo e um processo em que sou atualmente ré, com mais quatro colegas – e que, entre outras penas, pede nossa exoneração da universidade e a cassação de nossos direitos políticos por oito anos.

Naquele momento, a abordagem antropológica proposta do Estado e das políticas públicas como práticas (sociais, discursivas e não discursivas) dialogava bastante com as discussões de Foucault (1999) sobre biopolítica: rastrear e escrutinar as práticas envolvidas nessas políticas, cartografar políticas públicas no sentido micropolítico das trajetórias e agências locais, perceber de que modo essas políticas produziam subjetividades, tanto a partir da ideia de um sujeito individualizado em sua relação com as novas formas de governo do corpo embutidas nessas políticas quanto à luz de uma nova concepção de população produzida por essas políticas, segundo escrutínios demográficos, estatísticos, quantitativos etc. Naquele momento, o Ministério da Saúde discutia com preocupação a necessidade de produzir dados e informações sobre determinadas populações e sujeitos, bem como de mapear o que definiam como subnotificações (ou seja, buscar situações em que os protocolos de registro de determinadas doenças não funcionavam). Seminários eram feitos, grupos de trabalho eram montados. No caso da pesquisa sobre saúde mental das mulheres, acompanhamos até certo ponto algumas atividades do Ministério da Saúde buscando formar um grupo de trabalho e encaminhar uma pesquisa nacional sobre a subnotificação de casos de depressão pós-parto, principalmente entre mulheres de baixa renda. Para produzir políticas de saúde voltadas às populações excluídas, era necessário produzir dados sobre essas populações.

Como descreveu Foucault, mapear, esquadrihar, produzir dados quantitativos, demográficos, estatísticos que ajudem a traçar políticas e definir protocolos. Algumas pesquisadoras no campo da etnologia indígena não se furtaram a utilizar essa perspectiva para demonstrar como novos processos biopolíticos começavam a se constituir perante as sociedades indígenas, buscando transformá-las ou tratá-las a partir da noção de população. A abordagem da dimensão biopolítica dessas múltiplas políticas públicas e ações do Estado no campo social estava ligada à questão central da definição de Foucault do biopoder, em oposição a um poder soberano. Se o que definia este último, identificado ao poder absolutista, era o direito de dispor da vida dos cidadãos, o direito de matar – o “fazer morrer, ou deixar viver” –, o que define, para Foucault, as formas de poder emergentes a partir do século XVIII, no surgimento da medicina social em seu sentido amplo, é o “fazer viver, ou deixar morrer” (1999, p. 287).

A biopolítica é o poder que se exerce sobre a vida. Mas, na interrogação antropológica sobre a dimensão biopolítica das políticas públicas, a questão central que nos colocávamos era “como acontecia, quais eram os

modos desse fazer viver? Que dispositivos centrais estariam presentes nessas formas de governo da vida representadas pela efervescência de políticas públicas?”

Um dos conceitos com que trabalhei naquele momento e que venho trabalhando ainda é o de biolegitimidade, definido e desenvolvido pelo antropólogo francês Didier Fassin (2010). Esse conceito tem um potencial enorme para descrever os processos de deslocamento de demandas e direitos sociais e econômicos para o que genericamente podemos denominar de “direito à vida”. Para Fassin, o direito à vida se tornou prioritário na pauta dos direitos humanos em relação aos direitos sociais e econômicos. O autor identifica uma crescente debilidade moral dos direitos sociais e econômicos em contraposição à crescente potencialização moral do “direito à vida”, que é definido no artigo 3º da Declaração dos Direitos Humanos de 1948. Essa maior evidência e potência do “direito à vida” são definidas pelo autor como uma contingência histórica e contemporânea. Nessa inversão de prioridades, o direito à vida se torna preponderante em relação aos direitos sociais e econômicos.

Fassin (2009) sustenta seu argumento a partir de alguns casos etnográficos, entre eles o aumento das concessões de asilo para tratamento terapêutico na França e a concomitante redução das concessões de asilo político. Outro caso discutido por ele é controvérsia nas políticas de prevenção e tratamento da aids na África, que opôs a comunidade médica e dos especialistas, defensores do “direito à vida” dos pacientes soropositivos, e as políticas governamentais e dos gestores das políticas de saúde, focadas na gestão do sistema de saúde e na distribuição equitativa do direito à saúde, ou seja, questões relacionadas a direitos sociais e econômicos (Fassin, 2010). De um lado, a urgência voltada a “salvar vidas”; de outro, questões ligadas à igualdade de acesso ao direito à saúde.

Em diálogo com Fassin, discuto o conceito de biolegitimidade como um dispositivo de produção de direitos, de reconhecimento e de acesso a serviços e atendimento por parte do Estado, e também como um meio de reivindicação e de conquista de direitos. Dispositivo é utilizado aqui no sentido dado pelo próprio Foucault, como um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas...”, sendo o dispositivo “a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (1979, p. 244.).

O conceito de biolegitimidade como dispositivo também nos ajuda a entender como questões que não são temas “clássicos” do campo da saúde acabam se tornando objetos de pesquisa e reflexão da antropologia da saúde. Entre eles, por exemplo, as identidades transgênero e o reconhecimento desses sujeitos pelo Estado a partir de sua patologização, em que só têm direito à cirurgia intersexo pelo SUS aqueles sujeitos com diagnóstico de transtorno de identidade de gênero; ou ainda a discussão sobre políticas pedagógicas aplicadas em algumas escolas das redes públicas e particulares de Florianópolis, relacionadas a uma disseminação horizontal de diagnósticos informais de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e consumo de Ritalina e outros psicofármacos no quadro escolar como modo de lidar com problemas tradicionalmente ligados a questões pedagógicas, de adaptação das crianças ao espaço escolar etc.

Minha reflexão mais aprofundada sobre o dispositivo da biolegitimidade foi feita em torno das políticas de saúde mental para mulheres, desdobrada em dois momentos: no primeiro, em pesquisas de campo que coordenei ou orientei com mulheres de camadas populares em Florianópolis, em que fizemos uma contraposição entre o que essas mulheres narravam sobre suas experiências de aflição e sofrimento e o modo como eram recebidas e atendidas nos serviços de saúde. Perceberam-se, nesse momento, duas lógicas de apreensão do sofrimento – uma que denominei de “físio-lógica”, da parte dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, que apreendiam o sofrimento e as aflições dessas mulheres do ponto de vista do diagnóstico e tratamento; e uma que denominei “socio-lógica”, que eram os modos como essas próprias mulheres compreendiam o sofrimento, não a partir da ideia de doença ou de ciclo biológico de vida, mas de suas experiências familiares, de trabalho e mesmo políticas (um dos bairros pesquisados era um bairro de ocupação, em que as mulheres estiveram à frente do movimento de luta pela moradia).

O segundo momento foi a análise de documentos relacionados às políticas de saúde mental das mulheres, em que rastreei leis, resoluções, cartilhas e protocolos do Ministério da Saúde em relação às políticas de saúde mental e de saúde da mulher, bem como resoluções das conferências nacionais de saúde, saúde mental e políticas para mulheres. A partir desses documentos, discuti como a noção de “ciclo de vida” – as etapas da carreira reprodutiva das mulheres (menarca, gravidez, parto, pós-parto, menopausa) – era utilizada para justificar o que essas políticas concebiam como uma condição de maior vulnerabilidade das mulheres a transtornos

e problemas de ordem psicossocial e como servia de princípio para se elaborar grande parte dessas políticas tanto de saúde mental e de saúde da mulher quanto de políticas mais gerais para mulheres.

Discuti a noção de ciclo de vida como uma das figuras da racionalização biomédica crescente não apenas da vida subjetiva, mas também de racionalização das políticas sociais e das formas de agir do Estado brasileiro. Discuti, em diálogo com a antropóloga Yolanda Bodoque Puerta (2001), que analisa, nas definições de ciclo de vida, o deslocamento de um eixo baseado no matrimônio para um eixo baseado no ciclo da fertilidade feminina, o que poderia ser o deslocamento de um eixo moral para um eixo médico-científico. No entanto, percebi também naqueles documentos uma gradativa incorporação dos debates do campo feminista em torno das desigualdades de gênero e suas interseccionalidades, passando a orientar que se levasse em consideração “questões de gênero e de raça” na implantação das políticas de saúde – efeitos de um contexto de porosidade do Estado brasileiro às demandas dos movimentos e às próprias linguagens desses movimentos. Uma das perguntas de fundo da pesquisa, inspirada ainda por essas microtransformações das políticas públicas a partir da influência dos movimentos sociais, foi o de quanto seria possível pensar na formulação de outras “políticas da vida” – tal como discutiram diversos intérpretes contemporâneos de Foucault, ou seja políticas mais em diálogo com as aspirações, as necessidades e os desejos de seus sujeitos-alvo.

OUTROS TEMPOS

Quando nos reunimos no II Colóquio, em junho de 2017, para apresentar os trabalhos desenvolvidos no período de 2014 a 2017, o tom dos debates já era outro. Sinais de mudanças consideráveis nessas políticas já apareciam, e o que víamos circular no campo da antropologia das políticas públicas e do Estado, não apenas no campo da saúde, mas também no da educação, dos direitos humanos e das políticas para mulheres, era uma enorme instabilidade em relação aos próprios dados trabalhados.

Com um ministro da Saúde que tem como projeto criar planos de saúde privados populares; com uma Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas controlada por uma pessoa muito próxima do empresariado das clínicas particulares; com a proposta do presidente do Senado, Renan Calheiros (PMDB-AL), de “cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda”; com a Emenda

Constitucional 95/2016, que congela o orçamento por vinte anos; com a retomada das políticas de internação compulsória dos chamados usuários de crack e outras drogas, e eventualmente a retomada dos procedimentos violentos e policiais contra essa população, como se viu recentemente em São Paulo pelo prefeito Dória; com o projeto Escola sem Partido, cujos defensores têm construído uma estratégia extremamente agressiva e articulada de perseguição de professoras, de protocolo de Projetos de Lei nas Câmaras e Assembleias Legislativas, entre muitas outras situações de verdadeiro desmonte nos direitos e nas políticas sociais – a lista é infindável, e a cada dia temos uma nova surpresa –, nos perguntamos que efeitos e que desafios esse novo contexto traz para a pesquisa antropológica.

A ANTROPOLOGIA EM TEMPOS DE GOLPE, OPS, DE CRISE

Diversas autoras e autores têm problematizado o caráter histórico e contingente do conhecimento antropológico. A antropologia não é imune aos acontecimentos da história. Ela está no mundo e na história. Não existe um “grau zero” da antropologia (no sentido de uma pureza originária e intocada pelo mundo, uma *pura* antropologia, para usar uma analogia com a expressão de Georges Balandier, que faz uma crítica contundente à ideia de uma etnologia *pura* no clássico “A noção de situação colonial”). Não apenas ela se faz a partir dos esquemas e valores culturais de seu tempo – a modernidade e o individualismo moderno, como já colocaram tão bem diversos autores, entre eles Louis Dumont (1985) no seu “A comunidade dos antropólogos e a ideologia” –, mas também é produto dos regimes de historicidade e temporalidade. A antropologia não é imune ao tempo e aos acontecimentos.

Essa afirmação coloca uma nova camada sobre o modo como temos pensado a teoria etnográfica – como aberta e permeável às fricções do mundo, estando os conceitos antropológicos sob o crivo do mundo. Isso porque, mesmo reconhecendo isso, a antropologia como campo do conhecimento, como ciência que é, tem preservado um discurso de que detém uma relativa imunidade necessária, que a resguardaria como comunidade.

De acordo com essa perspectiva, as transformações que a antropologia sofreu a partir da segunda década do século XX, do ponto de vista de um discurso hegemônico, teriam sido dadas por um caminho próprio e intrínseco. Mas essa história da disciplina pode ser lida de outro modo.

De um lado, temos as leituras dos impactos causados à antropologia por outros campos críticos, como os estudos feministas e os estudos pós-coloniais, mostrando que ela não está livre das desigualdades e assimetrias de gênero e que eventualmente ocupou lugares ambivalentes na relação colonial. Nesses casos, a fricção e a crítica vieram de dentro do próprio campo acadêmico, mesmo que por parte de áreas e pesquisadores ligados a movimentos sociais e lutas de resistência.

De outro lado, temos os acontecimentos sociais e políticos, que provocam transformações significativas. A antropologia nunca deixou de sofrer os efeitos dos acontecimentos do mundo extra-acadêmico. Eric Wolf discute como, em momentos diferentes da sociedade estadunidense, diferentes respostas foram dadas por parte da antropologia, sempre de acordo com o que chamou de “clima intelectual da época”. No entanto, ele faz uma crítica ao silêncio sobre questões de poder em cada uma dessas respostas. E, quando as questões políticas e de poder finalmente se colocaram, com a derrocada dos regimes coloniais, com os novos modos do imperialismo etc., a antropologia não teria os instrumentos necessários para responder (Wolf, 2003)

Outros autores, como Johannes Fabian (2002), também exploraram os impactos das lutas anticoloniais e o fim dos regimes coloniais na África sobre a antropologia. E uma das questões que ele elaborou a partir desses impactos foi a crítica ao “presente etnográfico” utilizado pela maioria esmagadora das etnografias, que ocultavam o coetaneidade entre as sociedades dos antropólogos e dos povos pesquisados.

Não vou explorar, até porque extrapola o escopo deste texto, as afetações vividas pela antropologia brasileira ao longo de sua história. Porém, tomando basicamente os acontecimentos recentes e o golpe parlamentar de 2016, trago alguns aspectos que podem nos ajudar a refletir mais tarde. O primeiro é a dificuldade das ciências humanas, que a princípio teriam uma responsabilidade e um papel fundamental em construir instrumentos de reflexão e de compreensão, em perceber exatamente o que estava acontecendo com o país no próprio decorrer dos acontecimentos. As exceções foram a antropologia e a história, dois campos bastante focados na pesquisa empírica. A história rapidamente lançou, a partir da Associação Nacional de História (ANPUH), o livro *Historiadores pela democracia*.

Essa questão está ligada à dificuldade de construir uma análise e interpretar acontecimentos recentes, principalmente quando estamos submersos no acontecimento. Desde 2016, houve uma proliferação de

análises, mas todas feitas no calor dos acontecimentos e com pouco alcance antropológico, pelo menos em relação ao exame da questão política e do Estado. Há exceções importantes, como o dossiê da *Revista de @ntropologia da UFSCar (R@U)* intitulado “Antropologia do impeachment”, e iniciativas mais combativas no sentido da ação, como foi o projeto Antropologia e Cidadania nas Ocupações, levado pelo Programa de Pós em Antropologia, pelo Departamento de Antropologia e pelo curso de graduação em Antropologia da UFSC no final de 2016. Certamente outras iniciativas aconteceram, entre elas as tomadas de posição da Associação Brasileira de Antropologia em relação aos golpes na democracia e aos direitos, sobretudo indígenas e quilombolas.

Vejo, muito brevemente, duas vertentes para uma abordagem antropológica e etnográfica dos eventos desencadeados a partir do golpe de 2016. A primeira seria buscar o que algumas autoras apontaram no dossiê como os impactos dessa conjuntura no “Brasil profundo” (Pinheiro-Machado, 2016). Complementarmente a essa abordagem e indo um pouco além da pergunta “como a periferia vê o golpe?”, é necessário identificar os impactos concretos do desmonte do bastante relativo Estado de bem-estar social que atingimos nas últimas décadas. Em resumo, é preciso cartografar o desmonte do ponto de vista dos impactos sobre a vida dos sujeitos concretos, das comunidades, das populações indígenas, quilombolas, dos usuários dos serviços públicos de saúde.

A outra vertente seria de retomar as especificidades e potencialidades de uma etnografia do Estado e das políticas públicas, mas também o campo político de modo geral, puxar todos os fios possíveis que envolvem esse campo, para entender que elementos servem como desencadeadores do golpe e que novos atores políticos emergem – sobretudo pensando no surgimento ou, pelo menos, na maior visibilidade e presença no palco político de movimentos de cunho fascista – que no Brasil combinam uma pauta reacionária quanto às conquistas feministas, LGBT, etc. e uma pauta ultraliberal contra impostos, contra qualquer tipo de intervenção ou agência do Estado. Esses movimentos opõem-se a qualquer tipo de política pública de caráter social, incluindo o SUS, e são favoráveis à privatização de todo o patrimônio público. E, contraditoriamente, propõem uma exacerbação do Estado penal e punitivo, com mais polícia, mais armamento e mais presídios.

Essas estratégias se desdobram também para o campo das políticas de saúde no Brasil. Estamos imersos em um conjunto de atos, dispositivos novos, resoluções que têm mudado o contexto das políticas de saúde no

país, com o desmonte do que conseguimos alcançar, no período anterior, como um relativo Estado de bem-estar social. No campo da saúde mental, declarações recentes do coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro, defendem o retorno do modelo manicomial e da expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, na contramão da Reforma Psiquiátrica.

O último aspecto é sobre os modos diretos como a antropologia tem sido afetada. Em síntese, a antropologia, as antropólogas e os antropólogos têm sido diretamente atingidos por processos e perseguições, como o pedido de denúncia contra antropólogas e indígenas a partir da CPI Funai-Incra, da bancada ruralista. Só em Santa Catarina houve o pedido de indiciamento de cerca de indígenas, antropólogas, além de uma procuradora federal vista pelos ruralistas como militante pró-indígena.

POR QUE ENTÃO “MAIS BIOPOLÍTICA”?

Um olhar mais específico sobre algumas práticas recentes do Estado e desses novos e assustadores movimentos políticos nos faz repensar os modos como se vinha definindo o Estado e as políticas públicas nas abordagens antropológicas. Entre essas ações e efeitos do golpe de 2016, vou citar apenas alguns: as perseguições a docentes protagonizadas pelo projeto autointitulado de Escola sem Partido (de fato, escola com mordança); o retorno às práticas repressivas em relação aos usuários de drogas e moradores em situação de rua, desmontando décadas de trabalho social e jogando esses sujeitos em antigas zonas de exclusão e abjeção; a perda de direitos para as mulheres de baixa ou nenhuma renda, não só com o corte em programas sociais como Bolsa Família e Minha Casa Minha Vida, mas também com recuos importantes em conquistas feministas, como o aborto legal (cabe ainda lembrar que todo o sistema nacional de política para mulheres, do nível federal aos estaduais e municipais, está em acelerado processo de desmontagem, com o fim das secretarias e o fechamento de coordenadorias em várias capitais). Em algumas dessas situações, observa-se que as práticas do Estado têm sido menos voltadas à garantia da vida ou ao direito à vida (que definem a biopolítica) e mais a uma zona movediça entre o deixar morrer (com o abandono das políticas sociais) e o fazer morrer (este último claramente representado pela atuação das polícias nas periferias e à repressão dos movimentos de rua), com o aumento das taxas de feminicídio e dos assassinatos de pessoas trans, da violência contra imigrantes de outros países da América Latina,

haitianos e senegaleses, entre outros. É justamente nessa confluência entre um Estado biopolítico e a soberania do direito de matar que emerge, para Agamben (2004), o Estado de exceção.

É, no meu modo de ver, onde estamos. E a antropologia, ou pelo menos a antropologia crítica, não pode se furtar de tomar para si um escrutínio deste momento histórico. Para além de olhar o Estado e as políticas públicas de baixo (tal como vínhamos tentando fazer), será necessário pensar nas brechas e resistências entre as quais podem surgir novas políticas da vida, novas éticas de coabitação, novos modos radicais de pensar a democracia e enfrentar as desigualdades. Saudades desse futuro.

REFERÊNCIAS

Abélès, Marc. État. In: Bonte, Pierre; Izard, Michel (dir.). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris: PUF, 1992. p. 239-242.

Agamben, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2004.

Balandier, Georges. A noção de situação colonial. *Cadernos de Campo*, n. 3, p. 107-131, 1993.

Dumont, Louis. A comunidade antropológica e a ideologia. In: _____. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985. p. 201-236.

Fabian, Johannes. *Time and the other: how anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press, 2002. Publicado originalmente em 1983.

Fassin, Didier. Les économies morales revisitées: étude critique suivie de quelques propositions. *Annales: Histoire, Sciences Sociales*, v. 6, p. 1237-1266, 2009.

_____. El irresistible ascenso del derecho a la vida: razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, v. 19, p. 191-204, 2010.

Foucault, Michel. Sobre a história da sexualidade. In: Machado, Roberto. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 243-276. Publicado originalmente em 1977.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo : Martins Fontes, 1999.

Pinheiro-Machado, Rosana. Luzes antropológicas ao obscurantismo: uma agenda de pesquisa sobre o “Brasil profundo” em tempos de crise. *R@U – Revista de Antropologia da UFSCar*, v. 8, n. 2, p. 21-28, 2016.

Puerta, Yolanda Bodoque. Tiempo biológico y tiempo social: aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de Antropología*, n. 17, 2001. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10481/7472>>. Acesso em: 15/11/2017.

Trouillot, Michel-Rolph. 2001. The anthropology of State in the age of globalization: close encounters of the deceptive kind. *Current Anthropology*, v. 42, n. 1, p. 125-138.

Wolf, Eric. Os antropólogos americanos e a sociedade americana. In: Ferldman-Bianco, Bela; Ribeiro, Gustavo Lins (orgs.). *Antropologia e poder: contribuições de Eric R. Wolf*. Brasília: Editora da UnB, 2003. p. 255-265. Publicado originalmente em 1969.

PARTE I

Etnografias em contextos de crise

SITUAÇÕES PRECÁRIAS: POLÍTICAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NA FAVELA

Natália Helou Fazzioni

Neste capítulo, discuto as implicações e os resultados parciais de uma etnografia realizada em uma unidade de atenção primária à saúde no Complexo do Alemão, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Ao acompanhar a rotina desta unidade, em um trabalho etnográfico de quase dois anos, busquei refletir sobre as relações de cuidado que se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários, sobretudo quando atreladas aos cuidados com o nascimento e o envelhecimento. Ao longo deste período, acompanhei médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde em suas atividades de rotina: grupos de hipertensos e diabéticos, reuniões de equipe, campanhas de vacinação, consultas individuais e, mais intensamente, as visitas domiciliares realizadas pelos médicos. A escolha destes dois momentos para reflexão, o início e o fim da vida, não foi aleatória. Trata-se justamente de duas etapas no curso da vida que demandam cuidados mais intensos e, assim, tensionam mais fortemente “a ética do cuidado” no sentido proposto por Joan Tronto (1993), envolvendo familiares, profissionais de saúde e o próprio Estado na responsabilidade de cuidar.

O cuidado é, portanto, entendido aqui de maneira ampliada, como propõem diversos autores que se debruçam sobre as teorias do *care* (Bonet, 2014; Hirata; Guimarães, 2012; Mol, 2008, 2010; Tronto, 1993). Não se refere meramente ao cuidado do profissional de saúde, mas leva em conta sua dimensão moral e política e seus contextos, “compreendendo que somos todos vulneráveis e necessitamos de cuidado, em algum momento de nossas vidas, e somos portanto, e ao mesmo tempo, provedores e

beneficiários de *care* [cuidado], ao longo da história de nossas vidas” (Hirata; Guimarães, 2012, p. 2).

O Complexo do Alemão é composto por treze comunidades e sua população, de acordo com o Censo de 2010, é de 60.500¹ habitantes, embora alguns moradores afirmem tratar-se de cerca de 200 mil.² Além de um conjunto de favelas, o Complexo do Alemão é oficialmente um bairro do Rio de Janeiro e já foi considerado o de pior Índice de Desenvolvimento Humano em todo o município.³ O conflito armado, decorrente da presença do tráfico varejista de drogas e da atuação policial extremamente violenta e militarizada, tornou-se algo cotidiano para os habitantes deste conjunto de favelas desde os anos 1990. Em 2012, como parte da política de pacificação de favelas do governo estadual, foram instaladas ali quatro Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). É consensual que tal política não alcançou seu objetivo declarado, tendo, ao contrário, acarretado novas tensões e violências no cotidiano local.⁴

A violência causada pelo conflito armado figura como o principal demarcador dos discursos público-políticos sobre o Complexo do Alemão, mas na vida cotidiana de seus moradores a violência se apresenta em “infinitos desdobramentos” (Fonseca, 2004). Assim, revela-se não apenas em forma de violência física, que fere e mata, mas também como poder, que se impõe no controle de vidas e corpos (Foucault, 1979) e ainda como uma “violência estrutural” (Farmer, 1997) decorrente do seu posicionamento às margens do Estado (Das; Poole 2004), desdobrando-se em inúmeras formas de “sociabilidades violentas” (Silva, 2004).⁵

VIDAS PASSÍVEIS DE LUTO?

Em abril de 2015, Eduardo de Jesus Ferreira, de apenas 10 anos, foi morto por um tiro de fuzil da Polícia. A morte de Eduardo foi a quarta

¹ Informação disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.PDF. Acesso em: 29 jan. 2018.

² Sobre a controvérsia dos resultados do Censo em favelas, ver: <http://vivafavela.com.br/449-censo-nas-favelas-e-controverso/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

³ Informação disponível em: http://www.wikirio.com.br/IDH_dos_bairros_da_cidade_do_Rio_de_Janeiro. Acesso em: 14 jul. 2014).

⁴ Há uma série de pesquisas sendo realizadas a respeito da experiência das UPPs no Rio de Janeiro, a exemplo de Silva (2016) e Matioli, Oliveira e Rodrigues (2016).

⁵ Na pesquisa de doutorado que dá origem a este trabalho, procuro justamente relativizar o lugar da violência como única “lente” possível para olhar e analisar o Complexo do Alemão – embora, como procuro evidenciar aqui, ela seja crucial.

no Complexo do Alemão em um período de vinte e quatro horas; no entanto, acabou ganhando proporções midiáticas maiores por se tratar de uma criança que brincava em frente de casa no momento em que foi assassinada e também pelo fato de várias pessoas terem testemunhado os tiros dados pelo policial em direção a ela.⁶ A morte de Eduardo foi uma das poucas no Complexo do Alemão a ganhar os noticiários nacionais. Ainda assim, pouco mais de um ano depois, o processo foi arquivado e nenhum policial foi indiciado. De lá para cá, as mortes causadas pelo conflito armado têm sido praticamente semanais. A morte no noticiário, com exceção daquelas com maior visibilidade, como a de Eduardo, passam e evaporam em questão de segundos. “Duas pessoas foram mortas ontem em conflito no Complexo do Alemão.” Passou. Não sabemos seus nomes, como morreram, quem são seus familiares, o que faziam.

Nas comunidades que compõem o Complexo e nos serviços públicos em seu entorno, como na unidade de saúde aqui etnografada, a notícia dessas mortes traz inúmeras consequências. Na unidade, comentam-se como as mortes ocorreram: “os meninos passavam pelo beco e deram de cara com a polícia”, “a mãe chegou e ele ainda estava vivo, ela o viu morrer”, “a ambulância só chegou quando ele já estava morto”. Nas conversas de corredores, mencionam que quem morreu era primo de algum agente comunitário, ou filho de determinada paciente de tal área, e divulgam-se o local e horário do enterro pelos grupos de Whatsapp. No dia seguinte, não se sabe ao certo se as escolas e os postos de saúde abrirão, se as visitas domiciliares no “território” irão acontecer, se ocorrerão outras operações policiais ou se o som dos helicópteros rondando as comunidades será constante durante todo o dia.

Judith Butler examina como o “enquadramento” que certas vidas recebem publicamente interfere na precariedade e na “condição precária”. Para a autora, a precariedade é a condição de existência de qualquer vida – “não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem necessidade de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade” (Butler, 2015, p. 45) –, ou seja, não há vida sem cuidar ou ser cuidado. Já a condição precária “designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações,

⁶ Ver matéria sobre o ocorrido em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/11/tiro-que-matou-eduardo-no-alemao-partiu-de-pm-mas-nenhum-e-indiciado.html>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

à violência e à morte” (Butler, 2015, p. 46). Assim, a autora formula a pergunta que estampa o subtítulo de seu livro: quando a vida é passível de luto? O caso de Eduardo e sua pequena visibilidade quando comparado à de centenas de mortos nem sequer nomináveis revela que as vidas do Complexo do Alemão, nos termos propostos por Butler, não são passíveis de luto. É a partir deste viés que busco refletir sobre as situações aqui descritas, analisando cenas de consultas médicas que revelam os limites e as potencialidades das relações de cuidado no Complexo do Alemão. Estas, a meu ver, configuram “situações precárias”, nas quais a “condição precária” perpassa, ainda que de diferentes modos, por todos ali presentes.

ESCOLHAS LIMITADAS

Em maio de 2009, foi lançado pela Prefeitura do Rio de Janeiro o programa Saúde Presente.⁷ Um dos maiores marcos deste programa foi a expansão da Estratégia de Saúde da Família, cuja cobertura na cidade passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% em setembro de 2016. As clínicas inauguradas pelo Saúde Presente diferenciam-se das unidades mais antigas que já abrigavam a Estratégia de Saúde da Família na cidade em virtude de sua estrutura arquitetônica, planejada para comportar diferentes atividades além do atendimento médico, tais como reuniões comunitárias e atividades físicas.

A unidade de saúde onde a maior parte da observação foi realizada localizava-se aos pés do Morro do Alemão, uma das treze comunidades que compõem o Complexo do Alemão, entre as áreas consideradas pela administração municipal como “formal” e “informal”, popularmente chamadas de “asfalto” e “morro”. Antes alocada em uma pequena casa, onde funcionou o primeiro Programa Saúde da Família (PSF) deste conjunto de favelas, foi, ainda durante a pesquisa, transferida para o bairro de Ramos, vizinho ao Complexo do Alemão, passando a atender parte da população do Alemão e parte dos moradores de Ramos em uma clínica já com a nova estrutura oferecida pela prefeitura. Desse modo, embora tenha continuado atendendo a população, afastou-se fisicamente

⁷ De acordo com o site da Prefeitura do Rio de Janeiro, “o Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para o atendimento de saúde da população carioca. Lançado em maio de 2009 com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, o programa tem como conceito a territorialização da cidade, atendendo regiões até então prejudicadas na gestão de saúde [...]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

da comunidade, deixando de estar dentro da favela, assim como boa parte dos equipamentos públicos destinados a esta população. Na mesma época, no final de 2016, outra unidade de saúde localizada nesse complexo de favelas foi fechada. Tratava-se da última Clínica da Família ali inaugurada, em 2014.

Tal clínica foi criada atendendo a uma demanda da população por uma unidade no ponto mais alto do morro, dentro da Estação do Teleférico do Alemão, hoje também extinto.⁸ Sua construção foi simultânea ao fechamento de uma biblioteca pública que antes ocupava este mesmo espaço, outra demanda da população atendida havia pouco.⁹ O argumento da Prefeitura era de que este seria o único espaço viável para a instalação da unidade na área. Então era necessário escolher, biblioteca ou Clínica da Família. A população não se opôs à clínica, uma demanda antiga e tida como mais urgente, e deu adeus à biblioteca. Mas, no final de 2016, com o acirramento do conflito armado na comunidade, o fechamento do teleférico do Alemão e o subsequente sucateamento das estruturas das estações que abrigavam serviços públicos e salas para uso da comunidade, a clínica acabou encerrando as atividades naquele local. Suas equipes foram incorporadas a outra unidade, bem mais distante da área de cobertura.¹⁰ Não restou, afinal, nem Clínica da Família nem biblioteca.

Escolhas como estas parecem estar sempre presentes no argumento do poder público com relação aos moradores de favela. Em conversa com Júlio, um dos agentes comunitários de saúde mais antigos da unidade, ele lembrou que uma escolha sempre imposta aos moradores da favela seria a de se declarar ao lado dos traficantes ou da Polícia, no caso, a UPP.¹¹ Ele então dizia: “eu não queria ser refém nem de polícia nem de bandido, entende? Queria ter meu direito de ir e vir sem ter alguém para obedecer. Eu queria que tivesse os dois fora daqui, polícia e bandido, sou totalmente contra os dois no território”.

⁸ Matéria sobre o fechamento do Teleférico do Alemão: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/12/21/fechado-ha-3-meses-teleferico-do-alemao-e-exemplo-da-crise-financeira-do-rj.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

⁹ Matéria sobre o fechamento da biblioteca que deu lugar à Clínica da Família: <https://extra.globo.com/noticias/rio/biblioteca-parque-do-alemao-entra-em-obras-para- virar-clinica-da-familia-13945588.html>. Acesso em: 18 dez. 2017.

¹⁰ Matéria sobre o fechamento da Clínica da Família: <https://extra.globo.com/noticias/rio/clinica-da-familia-no-alemao-esta-fechada-por-recomendacao-da-upp-diz-prefeitura-20740392.html>. Acesso em 18 dez. 2017.

¹¹ Todos os nomes de profissionais, usuários e equipes de saúde são fictícios.

Em contrapartida, uma das médicas, ao comentar sobre seus pacientes, dizia: “aqui eles nunca vão sair dessa situação de desigualdade, porque eles não querem. Para você ter uma ideia, eles preferem bandido do que polícia. Então não vai melhorar nunca, sabe?” A ideia de que os moradores do Complexo do Alemão deveriam escolher entre um ou outro e, conseqüentemente, ser tratados de uma maneira distinta de acordo com suas escolhas aparece no discurso dessa médica e em muitos outros, ilustrando o fato de que escolhas limitadas por uma série de constrangimentos e privações fazem parte do cotidiano tanto dos usuários como dos profissionais que atuam nesta unidade de saúde.

A CONSULTA DE CLAUDIANE

Uma das situações aqui analisadas é a de Claudiane, uma jovem gestante cuja consulta acompanhei dentro da unidade. Na época, a jovem estava com quarenta semanas de gestação e desejava dar entrada na licença-maternidade. O médico se recusava a atendê-la, mesmo ela tendo comparecido à unidade diversas vezes naquela semana. Ele finalmente aceitou atendê-la quando veio uma ordem da gerência para que o atendimento não fosse mais negado. A gestante havia levado sua demanda até a gerência. Quando Claudiane entrou no consultório, bastante cabisbaixa, o médico a recebeu de mau humor, dizendo que “já sabia o que ela queria”. Iniciou-se então uma conversa na qual o médico dizia que, ao sair de licença-maternidade antes do parto, ela estaria abdicando de um tempo que poderia passar com a criança e de amamentar”. Ela respondeu que estava ciente disso e então ele começou, a contragosto, a preencher os papéis relativos à licença.

Quando o médico saiu do consultório para buscar uma impressão, eu perguntei à Claudiane como ela estava se sentindo, se a barriga estava muito pesada e se ela estava muito cansada. Ao ouvir minha pergunta na ausência do médico, ela imediatamente começou a me contar que o problema não era a barriga e o cansaço, mas sim o desânimo, pois o pai de seu filho havia morrido durante a gestação, logo após descobrir uma leucemia. Eles estavam morando juntos e tinham planos de se casar. Agora, Claudiane havia voltado para a casa da mãe e estava revendendo os poucos móveis que tinha comprado para o bebê, para poder sustentar a criança sem a ajuda do pai.

Ao retornar, o médico entregou à Claudiane o papel e ela logo se despediu. Quando saiu, ele disse: “ela não quer mais trabalhar e fica vindo

aqui no posto todo dia pegar atestado, pedindo a licença, é mole?”. Então lhe contei sobre a história do pai do filho dela. Ele pareceu espantado por alguns minutos, mas logo em seguida repetiu que, ao negar o pedido da licença-maternidade, estava apenas orientando a paciente com relação ao que era “melhor pra ela e para o bebê”. Aparentemente, o jovem médico possuía a convicção de saber o que era melhor para a gestante e o dever de instruí-la.

Ao recusar a recomendação médica de aguardar o nascimento da criança para dar entrada na licença, Claudiane foi vista como alguém que “não queria mais trabalhar”. Claudiane de fato queria parar de trabalhar, no entanto, seus motivos nunca foram ditos por ela, nem ouvidos pelo médico e levados em conta em sua orientação para a gestante – a de aguentar continuar trabalhando o máximo possível para que não precisasse retornar mais cedo ao trabalho quando a criança nascesse. Nesse sentido, o médico não foi capaz de incorporar em sua prática de cuidado a experiência de vida de Claudiane, seu sofrimento pela morte do companheiro e a necessidade de, naquele momento, simplesmente descansar ou enlutar-se. Ricardo Ayres (2004), ao refletir sobre este mesmo tema, lembra que o cuidado consigo e com os outros significa, de algum modo, a compreensão de que existe um “projeto” em cada ser humano. A ideia de projeto, ele sugere, está no centro da noção de cuidado e é fundamental a ela, sendo capaz de estabelecer “uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde” (Ayres, 2004, p. 21). A desconsideração destes projetos nas práticas de cuidado, no caso aqui analisado causada por uma série de razões que discutiremos abaixo, faz com que muitas vezes os desentendimentos entre profissionais e usuários encontrem explicações simplistas.

Como ocorreu na situação de Claudiane, a ideia de que os usuários procuram a unidade apenas para “pegar atestado” e “faltar ao trabalho” é recorrente entre os profissionais, que muitas vezes alegam que esse “hábito” contribui com o excesso de filas de espera no atendimento da chamada “demanda espontânea” (pacientes que chegam para ser atendidos no dia e não possuem consulta agendada). De acordo com a maior parte dos profissionais, o excesso de “demanda espontânea” no serviço de saúde possui duas razões. Em primeiro lugar, a explicação tem relação com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Complexo do Alemão, a qual supostamente a população não frequenta, pois dificilmente é atendida e poucos médicos estão disponíveis. Assim, eles entendem que as unidades

de atenção básica locais acabam por atender a uma demanda que, teoricamente, seria da UPA. Por outro lado, alguns atribuem à gerência da unidade a prática de acolher todas as demandas, causando assim um excesso de atendimentos diários. Por sua vez, esse excesso acarretaria um atendimento insatisfatório, devido ao pouco tempo disponível para realizar as consultas e outras atividades fundamentais da unidade, como as visitas domiciliares.

Neste processo, onde os profissionais atuam “seguindo protocolos”, ou seja, fazendo apenas prescrições e diagnósticos, notamos seu pouco preparo para exercer o trabalho de cuidado – são em sua maioria médicos recém-formados ou sem nenhuma experiência prévia na atenção básica ou formação em medicina de família –, mas também uma estrutura deficitária do sistema, que não oferece tempo de qualidade para ouvir atentamente os pacientes. As equipes de saúde da família do Complexo do Alemão, além de superlotadas, atuam em situação compreendida como de extrema “vulnerabilidade”, elevando ainda mais o nível de complexidade dos atendimentos. Como se não fosse o suficiente, a violência decorrente do conflito armado afeta enormemente o trabalho que deveria ser exercido no “território”, ou seja, nos domicílios, já que muitas vezes é difícil ir até a área devido a tiroteios, operações policiais etc.

A VISITA A DONA JOSEFA

O caso de Josefa demonstra justamente os impactos desta estrutura precária da rede de saúde em seu processo de adoecimento. Josefa é uma senhora de 65 anos que vive na casa da irmã com o marido, a filha e os netos desta. Há alguns anos, ela foi diagnosticada com Alzheimer e desde então tem alternado períodos vivendo na casa de suas duas irmãs e na rua. Há dois anos ela vive no Alemão na casa de sua irmã Dulce. Está acamada, mas nunca havia recebido a visita de um médico, apenas da enfermeira e da agente comunitária de saúde. A equipe responsável por seu domicílio estava constantemente sem médicos ou com dificuldades de realizar as visitas devido aos tiroteios. Quando chegamos na casa de Josefa, ela estava em um sofá quebrado, improvisado como cama, no canto de uma pequena sala onde também dormiam duas crianças, os netos de sua irmã. O médico logo notou que ela se encontrava desnutrida, desidratada e com sinais claros de infecção urinária, além de não apresentar respostas a nenhum tipo de estímulo. Por alguns segundos, pensamos que ela

estivesse morta. Enquanto o médico a examinava, eu e a agente nos entreolhávamos tentando entender o que ele estava pensando. Sua feição era de muita preocupação e ele indagava rispidamente à irmã, cuidadora de Josefa, sobre seu estado: “ela levanta? Ela responde algum estímulo? Ela come? Acorde ela pra mim agora, por favor”. Ao terminar de checar seus sinais vitais, ele nos disse que, apesar de viva, seu estado geral era grave e ela deveria ser levada a um hospital imediatamente.

Neste momento, várias tensões entravam em jogo. Primeiro, a de sua irmã, que se sentia responsável por seus cuidados e claramente estava sobrecarregada, pois também cuidava dos netos e da casa. Ela se sentia culpada pelos profissionais por terem qualificado o estado geral de Josefa como péssimo. Em segundo lugar, o médico culpava a agente por não ter lhe avisado antes sobre a existência de uma paciente grave na área. Em terceiro lugar, nem o médico nem a agente sabiam como resolver o problema do encaminhamento, já que a casa ficava no meio de um beco estreito, a paciente não se locomovia, e a ambulância com sorte chegaria à via carroçável mais próxima. Caso chegasse, porém, Josefa teria que ser carregada pelos vizinhos até a ambulância. Mas a ambulância não aceitaria levar Josefa se não houvesse um médico que a acompanhasse e Diogo, naquela tarde, era o único médico em toda a unidade. O encaminhamento levaria um tempo considerável e ele não poderia deixar a unidade sem médico. Finalmente, os profissionais temiam que, ao ser encaminhada para um hospital da área, a paciente fosse simplesmente examinada, medicada, se necessário, e enviada de volta para casa, considerando que este tem sido quase um padrão nos hospitais da rede pública na cidade devido à falta de leitos e recursos.

Diogo era um médico jovem, recém-formado, recém-contratado e sem nenhuma experiência profissional. Ele tentava desesperadamente falar com Cláudio, o único médico experiente na unidade, além de responsável técnico. Mas Cláudio estava de folga naquele dia. Ao sair da casa de Josefa, o médico estava nervoso com tudo o que havia acontecido. Ele reclamava que a agente e a enfermeira haviam estado ali poucos dias antes e não o notificaram de que o estado da paciente era “grave”, e agora ele era o responsável por Josefa caso algo acontecesse.

Ao final, o médico se viu desesperado diante da quase ausência de vida em Josefa, pela qual ele se sentia responsável. Naquele momento, ele representava o Estado diante daquela mulher e de sua família, negligenciada pelo Estado em tantos aspectos e momentos. Mas o médico também estava fragilizado diante de um sistema de saúde precarizado,

de um Estado negligente, com políticas sociais ineficientes, e do próprio cotidiano de uma favela. O caso de Josefa, ao mesmo tempo que põe em evidência um conjunto de violências que acometem a paciente e sua família, demonstra uma estrutura complexa e frágil que afeta os profissionais e suas práticas de cuidado.

ACOMPANHANDO MARIA

A experiência de Maria, uma senhora de 70 anos, revela também a dificuldade das relações de cuidado no adoecimento e envelhecimento, demonstrando o cruzamento entre questões relativas à doença e outras ligadas ao contexto onde vive. Maria é usuária do posto de saúde desde sua fundação, no início dos anos 2000. O motivo da visita àquela senhora foi a má cicatrização do coto de sua perna, amputada havia quase três anos.

Ao mesmo tempo que nos mostrava a perna, Maria contava, deixando algumas lágrimas escorrerem, como a má cicatrização a aborrecia, impedindo-a de colocar prótese. Após a cirurgia, ela foi viver na casa da filha em um apartamento, fora do morro, onde ficou por dois anos. Mas não lhe agradava em nada a sensação de estar “presa” em um prédio. Mesmo com toda a dificuldade em voltar para a casa, localizada em uma área íngreme no Morro do Alemão, ela preferia assim. Ali pelo menos podia transitar em sua cadeira de rodas entre a cozinha e a área de serviço. E, com a ajuda de um andador, descia um pequeno degrau para o quarto e o banheiro. O outro motivo de seu retorno era o cigarro, já que a filha não a deixava fumar dentro de casa. Ali podia fumar e cuidar de sua casa. Mesmo com as limitações impostas pela amputação, a casa de dona Maria estava sempre impecavelmente arrumada – “eu dou meu jeito, detesto ficar sem fazer nada”, disse ela. Com o retorno a sua casa, Maria também havia retomado a possibilidade de ser atendida pelos profissionais da unidade, que a tinham acompanhado desde os primeiros sintomas que levaram à amputação. Durante o período na casa da filha, ficou sem nenhum acompanhamento da equipe de saúde da família, pois não possuía comprovante de residência declarando que vivia ali. Assim, não podia ser atendida pela equipe daquela área.

Mas estas limitações impostas pelas regras do sistema nem sempre haviam sido seguidas na relação de Maria com os profissionais de saúde. Ela conta que a ferida na perna surgiu quando estava assistindo televisão e um mosquito lhe picou um pouco acima do pé. Coçou a perna e abriu-se uma ferida. No meio da noite, sentindo dor, ela pôs álcool e,

em seguida, pó de sulfá (um pó cicatrizante e anti-inflamatório). Ao narrar esse episódio, ela se angustia: “eu não me dou com isso... olha... três dias aquilo criou um buraco, que dava pra se ver daqui”. Em sua narrativa, foi o cigarro que impediu a cicatrização e aquilo foi piorando até a necessidade de amputação. A técnica de enfermagem do posto de saúde naquela época subia até a casa de Maria periodicamente para refazer seu curativo, enquanto ela aguardava o encaminhamento para o especialista. A técnica, conhecida como Ju, era a única pessoa para quem Maria tinha coragem de mostrar a ferida. Ju foi transferida para outra unidade, mas seguiu indo até o Alemão e fazendo o curativo em Maria após seu expediente, considerando o vínculo de confiança que haviam estabelecido. A questão do vínculo estabelecido entre profissionais e usuários é um ponto elementar na epistemologia da Medicina de Família e Comunidade (MFC), como demonstra Octavio Bonet (2015). Na Medicina Centrada na Pessoa, método utilizado na MFC, pressupõe-se considerar o paciente em sua “integralidade”, tornando-se indispensável a noção de vínculo, sem a qual o profissional não consegue compreender o paciente como pessoa e não há cuidado.

Meu primeiro encontro com Maria foi também o primeiro de Dr. Camilo com o Complexo do Alemão. Trabalhando havia um mês no Posto de Saúde, o médico fazia naquele dia sua primeira visita domiciliar. O médico lhe prescreveu uma pomada e um antibiótico e disse que voltaria para vê-la, indicando também que ela fizesse fisioterapia para fortalecer a musculatura da outra perna, que seria fundamental caso conseguisse colocar a prótese. Dr. Camilo atuava em uma equipe na unidade conhecida por ser aquela que possui o maior número de pacientes considerados em extrema “vulnerabilidade”. Ele substituía Glória, médica cubana do Programa Mais Médicos que tinha ficado por dois anos ali. Dr. Camilo, no entanto, nunca voltou para visitar Maria. Ele não chegou a completar três meses de trabalho na unidade. Saiu antes disso, pois considerou o trabalho muito estressante. “Não era nada do que eu esperava”, foi o que disse. Antes, ele havia me contado que estava há muitos anos no ramo de cirurgia plástica, em uma clínica particular na baixada fluminense com preços populares. Com a crise, porém, a procura por cirurgias plásticas havia diminuído e ele precisava de um salário fixo, por isso resolveu tentar um trabalho na atenção básica. Quando voltamos para ver Maria, somente eu e a agente, alguns meses depois, ela disse que a cicatrização seguia na mesma. Não foi à fisioterapia, pois nenhum familiar podia levá-la. A logística de descer o morro com a cadeira de rodas até uma rua carroçável

e depois conseguir um carro para levá-la demandaria auxílio de mais de uma pessoa e recursos financeiros dos quais a família não dispunha. Ela perguntou sobre Dr. Camilo, a agente explicou que ele já tinha ido embora da unidade e ela se lamentou, dizendo que havia gostado dele.

Camilo não foi o único a deixar a unidade antes de completar os três meses de experiência. Ali, prevalece uma alta rotatividade de profissionais, que atingiu seu recorde em 2017, com o fim do contrato dos médicos cubanos, de acordo com os profissionais mais antigos. Nenhum médico contratado permaneceu por mais de três meses; todos pediram demissão ou transferência para outro local antes disso. Até julho do mesmo ano, ao menos dez médicos entraram e saíram. A maior parte deles era recém-formada ou nunca havia atuado na atenção básica. Todos estes médicos foram contratados pela Prefeitura através da ONG Viva Rio, que realiza a gestão da unidade. Os processos seletivos para este cargo não exigiam experiência ou formação na área. Não há registros da porcentagem de médicos com titulação ou residência em medicina de família e comunidade atuando na atenção básica no Rio de Janeiro neste momento. O último dado disponível é de 2013: em torno de 8% dos médicos possuíam residência na área, e 7%, titulação outorgada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Harzheim, 2013).

As indagações sobre o motivo da não permanência destes profissionais também fazem parte do cotidiano da unidade, das conversas nos corredores e na copa, durante as refeições. Entre os profissionais, as explicações referem-se sobretudo aos problemas já mencionados: a falta de preparo e formação adequada para a atenção básica, o tamanho e a situação de “vulnerabilidade” da população adstrita às equipes de saúde da família, que contam com até 4.000 pessoas – inviabilizando, segundo eles, um atendimento de qualidade –, a falta de suporte apropriado de outros serviços ligados à rede pública de saúde local e a já mencionada violência no território de atuação, que impede algumas atividades essenciais na Estratégia de Saúde da Família. Em 2017, tal estrutura encontrava dificuldades ainda maiores diante do corte de recursos para a atenção básica nas esferas municipal e estadual. Todos os profissionais, inclusive médicos, tiveram atrasos e falta de pagamento dos salários nos últimos meses do ano, ameaça de suspensão dos contratos e de fechamento das clínicas, além da falta de medicamentos e outros insumos ao longo do ano.

BRICOLAGENS DE VIDA

As vidas de Claudiane, Josefa, Diogo, Maria, Camilo se encontraram em suas formas de cuidar de si e dos outros. Todas estas vidas passaram, em algum momento, pelo Complexo do Alemão. E o que este espaço lhes propicia? Retomando o conceito de “condição precária” de Butler (2015), vemos que no Alemão ela não se concretiza apenas para aqueles que são vítimas das armas de fogo disparadas pela polícia ou pelos traficantes, e cujas mortes são invisíveis diante de grande parte do mundo. E apesar de seus contornos mais dramáticos, todos os dias, homens, mulheres, idosos, recém-nascidos, crianças e trabalhadores da saúde enfrentam a vida e a morte no Complexo do Alemão de forma precária. Tal condição se reflete tanto nas políticas de saúde que ali se desenvolvem como nas experiências de cuidado. No caso das políticas de saúde, é notável como elas se tornam insuficientes e ao mesmo tempo precisam ser reinventadas para que operem minimamente bem neste contexto. No caso das experiências de cuidado, a possibilidade de estabelecer “vínculos” que levem em conta as pessoas e seus “projetos” raramente resiste diante da falta de preparo dos profissionais e de seu escasso tempo para realizar os atendimentos. É preciso, contudo, também observar que existem formas de resistência a todas essas condições.

João Biehl (2011), em pesquisa sobre tratamentos médicos no Brasil, escreve:

atravessando mundos de risco e escassez, limitadas sem serem totalmente sobredeterminadas, as pessoas criam pequenos e passageiros espaços, através e além de classificações e aparatos de governança e controle, nos quais podem desempenhar um tipo de *bricolagem de vida* com as escolhas e os materiais limitados que têm à sua disposição (2011, p. 271-272).

Assim, entre as vidas que se cruzam nas relações aqui expostas, há também solidariedade, afeto, esperança e determinação, resultantes das tais “bricolagens de vida”. Afeto, como o da enfermeira Ju, que segue cuidando de Maria mesmo que isso não faça mais parte de sua rotina de trabalho. Esperança, como a de Claudiane, em obter a licença-maternidade e encontrar alegria com o nascimento de seu filho. Improviso e criatividade, como o do jovem médico Diogo, que conseguiu encontrar uma solução para encaminhar Josefa para o hospital. Determinação, como

a da família de Josefa, que a abrigava em sua casa já bastante povoada e que por fim conseguiu o auxílio solidário dos vizinhos para que a carregassem numa cadeira de plástico até a unidade de saúde, onde ela aguardaria pela UTI Móvel que poderia levá-la até um hospital. “Atravessando mundos de riscos e escassez”, entre o nascimento e a morte, há a vida pulsando e resistindo cotidianamente no Complexo do Alemão.

REFERÊNCIAS

Ayres, Ricardo. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004.

Biehl, João. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, ano 17, n. 35, p. 257-296, 2011.

Bonet, Octavio. Sentindo o saber: educação da atenção e medicina de família. *Horizontes Antropológicos*, ano 21, n. 44, p. 253-277, 2015.

Butler, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

Das, Veena; Poole, Deborah. State and its margins: comparative ethnographies. In: Poole, Deborah; Das, Veena (Org). *The Anthropology in the margins of the State*. Santa Fe, Novo México: School of American Research Press, 2004. p. 3-34.

Farmer, Paul. On suffering and structural violence: a view from below. In: Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret (orgs.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 245-261.

Fonseca, Claudia. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Harzheim, Erno. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família*. Porto Alegre: OPAS, 2013. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

Hirata, Helena; Guimarães, Nadya. *Introdução: cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

Matiolli, Thiago; Oliveira, Rachel Barros de; Rodrigues, Daniel Soares. Configurações recentes das favelas cariocas: três cenas de ‘pacificação’. *BRASILIANA– Journal for Brazilian Studies*, v. 4, n. 2, p. 42-72, 2016.

Mol, Anemmarie. Care: putting practice in theory. In: Mol, Annemarie; Moser, Ingunn; Pols, Jeanette. *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Amsterdam: Transcript, 2010. p. 7-25.

Silva, Luiz Antonio Machado. Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano. *Revista Sociedade e Estado*, v. 19, n. 1, p. 53-84, 2004.

_____. “Afiml qual é a das UPPs?” In: _____. *Fazendo a cidade: trabalho, moradia e vida local entre as camadas populares urbanas*. Rio de Janeiro: Mórula, 2016. p. 289-296.

Tronto, Joan. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London: Routledge, 1993.

DEPENDÊNCIA, AUTONOMIA, CUIDADO E VELHICE: CONSIDERAÇÕES SOB O PRISMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS¹

Marcia Reis Longhi

Considerando meus atuais interesses de pesquisa e o tema da II Reunião de Antropologia da Saúde - *Antropologias e Políticas em Contextos de Crise* - meu objetivo neste artigo é pontuar algumas reflexões advindas do trabalho de campo e finalizar expondo três inquietações que nasceram da observação do atual contexto nacional, principalmente no que diz respeito às propostas de reforma que irão incidir diretamente no segmento populacional que venho estudando: idosos das camadas mais empobrecidas e que vivem fora dos grandes centros urbanos. Falar sobre envelhecimento e saúde pode, em muitos momentos, ser visto como uma redundância. Velhice e cuidados com a saúde estão sempre imbricados. Envelhecer é, no senso comum, nos depararmos com nossos órgãos dando sinais de que a “máquina” já não está funcionando bem e, principalmente, “ver” através de nossos corpos que a juventude está se distanciando de nós. Estas constatações são rapidamente associadas a perda de autonomia e dependência econômica. Nesta perspectiva, faz sentido o tom alarmista que acompanha as discussões sobre o envelhecimento populacional mundial.

¹ Agradecimento a CAPES, por viabilizar a pesquisa através do edital universal Processo: 447046/2014-4; Projeto: Etnografando o cuidado: observando o cuidado com o idoso nas relações familiares e no serviço de saúde a partir de uma etnografia na comunidade de Nossa Senhora da Guia no município de Lucena/PB; Instituição de Vínculo: Universidade Federal da Paraíba/UFPB-PB.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “o envelhecimento populacional e a urbanização são duas tendências mundiais que, em conjunto, representam as maiores forças que moldam o século XXI” (OMS, 2008, p. 7). É evidente o crescimento dos centros urbanos e estatisticamente comprovado o aumento do contingente de pessoas com 60 anos ou mais. Num período relativamente curto, a humanidade, pela primeira vez na história, terá mais velhos do que crianças. Os números também indicam que os países em desenvolvimento estão envelhecendo mais rapidamente do que os países desenvolvidos.

Estes dados falam do “sucesso” da humanidade. A estimativa de vida vem aumentando significativamente em decorrência dos avanços científicos, das políticas públicas de saúde e do acesso da população a aparatos de proteção. Estes são dados que merecem ser comemorados. Por outro lado, a natalidade vem caindo mundialmente, o que corrobora com o novo desenho da pirâmide populacional. Esta irreversível realidade tem desafiado tanto as grandes agências internacionais como os Estados a buscarem soluções para se equacionarem os dois grandes “problemas” que emergem desta nova configuração etária: a dependência física, que demandará cuidados de longa duração, e a dependência econômica, que vem sendo enfrentada com políticas de geração de renda.

No entanto, nadando um pouco contra a maré, pretendo refletir sobre cuidados, velhice e saúde, mas não centrarei minha atenção naqueles que necessitam de assistência para realizar as atividades da vida diária. Meu interesse está dirigido para as pessoas que fazem parte do grupo oficialmente considerado idoso, que no nosso país são aqueles com 60 anos ou mais, independente de suas condições de saúde, já que pretendo dialogar com a lógica das políticas públicas direcionadas para este segmento social.

Muita água já rolou desde que Simone de Beauvoir afirmou, em seu livro *A velhice: realidade incômoda* (1970), seu objetivo de quebrar a “conspiração do silêncio” que caracterizava o tratamento dado ao tema. Nos dias atuais, não podemos mais afirmar que a velhice não tem visibilidade. No entanto, podemos dizer que, apesar da profusão de especialistas e publicações voltadas para este segmento etário, existem muitas velhices e diferentes abordagens dependendo do contexto e do enfoque priorizado, e neste sentido algumas discussões podem ficar obscurecidas.

Guita Debert, em seu livro ainda bastante atual *A reinvenção da velhice*, publicado em 1999, levanta uma série de questões extremamente relevantes. Já naquele momento ela nos fala do processo de “reprivatização”

que transforma a velhice numa responsabilidade individual e, nesses termos, passível de desaparecer do nosso leque de preocupações sociais. Isso nos faz lembrar das palavras de Beauvoir, embora com novas roupagens. Por outro lado, Debert nos alerta para a possibilidade de a gerontologia acabar priorizando o enfoque da velhice como problema, o que teria um lado positivo, de abrir espaço para políticas dirigidas para este segmento, mas também seria problemático, pois implicaria o risco de cristalizar este enfoque, impedindo que outras facetas sejam visibilizadas. (Debert, 1999) São questões que não só permanecem atuais como vêm se desdobrando em novas inquietações.

Minha proposta neste texto é tecer algumas ponderações sobre o entrelaçamento das discussões sobre envelhecimento e os conceitos de autonomia, independência e cuidado, bem como sua imbricação com as políticas públicas, principalmente a política do envelhecimento ativo. Meu objetivo principal é pensar mais sobre o que os caminhos das políticas públicas nos falam do que sobre o envelhecimento propriamente dito. Pretendo refletir sobre o modelo de autonomia e independência que está por trás do equipamento público voltado para esse segmento etário e concluir com algumas ponderações de autores contemporâneos que podem nos ajudar a avançar nesta discussão.

Em 2015, comecei a pesquisar cuidados dirigidos aos idosos, moradores da Comunidade da Guia, uma pequena comunidade localizada no município de Lucena, na Paraíba. Minha intenção inicial era ver e compreender os cuidados com os idosos tanto no espaço oficial de saúde como na rede familiar, considerando que a maior parte dos moradores da comunidade tinham relações de parentesco entre si. Queria entender se e como estes cuidados, praticados na rede familiar e propostos na unidade de saúde, se interconectavam e quais sentidos eram atribuídos aos mesmos; e, ainda, entender quem fazia o quê, quais eram as estratégias adotadas e que lógica moral permeava estas relações.

No entanto, antes mesmo de o campo começar, alguns acontecimentos colocaram em xeque minhas hipóteses iniciais, principalmente com relação à demanda de cuidados e ao ponto de vista dos idosos sobre a necessidade dos mesmos. No final de 2014, frequentei durante alguns meses uma casa-dia para idosos que ficava nas cercanias da Guia, onde uma orientanda estava fazendo a pesquisa para sua monografia, que era sobre envelhecimento. Apesar de não pertencer ao meu campo, o lar permitiu que eu me aproximasse de pessoas do segmento etário que eu queria estudar, entre elas, dona Rosa.

Na época, dona Rosa tinha 67 anos e se diferenciava um pouco do perfil das idosas que frequentavam o lar. Estava sempre arrumada, com cabelos e unhas bem cuidados e batom nos lábios. Sua fala era firme e transmitia certa altivez. Narro um trecho de meu diário de campo por achá-lo relevante para o argumento que estou construindo e por acreditar que pode contribuir com a problematização das representações sobre a velhice.

naquele dia, como era de costume, cheguei e me sentei perto de uma idosa que ainda não conhecia, para puxar conversa. Logo me chamou a atenção o fato de que, diferente da maioria, dona Rosa não fez nenhuma queixa de saúde. Mas, como as demais, tinha grande disponibilidade para conversar. Contou que frequentava o lar havia pouco tempo. Veio por iniciativa própria. Antes morava em João Pessoa, onde cresceu, casou e criou seus quatro filhos. Só se mudou porque todos se casaram e o último foi trabalhar em Minas Gerais. Apesar de adorar o lugar em que morava, os filhos [e ela também] acharam que não era seguro uma senhora de sua idade ficar sozinha e resolveram que seria melhor que ela fosse para a casa da filha, em Lucena. Lá, soube do lar e resolveu conhecer. Entre outras coisas, ela diz: “aqui pelo menos eu tenho com quem conversar. Lá, na casa da minha filha, não tem nem vizinho. De um lado é um muro, do outro uma fábrica, na frente é tipo um hotel, a gente não vê ninguém. Olho prum lado, ninguém; olho pro outro, ninguém... Bom mesmo era na minha casa! Lá, todo dia eu terminava meu serviço e ia conversar com minhas vizinhas; um dia na casa de uma, outro dia na casa de outra, às vezes ficávamos na calçada... Ali é que era bom. Eu tô até pensando em voltar”.

Dona Rosa seguiu se queixando da filha. Contou que passava o dia todo sozinha, que ninguém a deixava fazer nada e que, quando chegava o final de semana, eles (a filha e o genro) pegavam o carro e iam embora sem falar nada. Quando ela se dava conta, estava sozinha novamente. Fica claro que sua grande mágoa era não ser incluída na programação de lazer do casal. Num dado momento, perguntei: “sua filha não cuida da senhora?” Ela prontamente respondeu: “eu não preciso que ninguém cuide de mim. Eu cuido de mim, só queria que me chamassem para os cantos”. À medida que dona Rosa conta sua história, fica claro que ela toma conta da própria vida há muito tempo. Ficou viúva quando os filhos ainda eram pequenos e nunca mais voltou a se casar. Trabalhou durante

30 anos em uma pré-escola e só saiu quando se aposentou. Foi com o seu trabalho e a aposentadoria do marido que criou os quatro filhos. Esta é uma, no meio de tantas outras histórias. O que a torna especial, no meu entendimento, é que ela “bagunça” alguns paradigmas tanto no que diz respeito à dicotomia rural/urbano como no que tange às demandas das pessoas idosas e à forma como a sociedade lida com este momento da vida.²

Ressalto alguns pontos da história de dona Rosa que me parecem pertinentes para nossa discussão e que também apareceram no campo, em outras versões: primeiro, o fato de ela precisar ir morar com a filha, mesmo sendo uma pessoa considerada autônoma e independente economicamente; segundo, ela procurar espontaneamente o lar de idosos; e, por último, sua convicção ao afirmar que não precisa ser cuidada.

Em minhas inúmeras visitas à Guia, comecei a me dar conta de que, se existia o cuidado com os idosos, esse não era o único tipo de cuidado que acontecia. Era, na realidade, mais um, dentro de uma trama dinâmica de trocas. As mulheres idosas eram mais solicitadas a cuidar do que receptoras de cuidados. Também ficou claro que eram as idosas “mais jovens” que cuidavam dos idosos e das idosas mais velhos ou velhas (na maioria das vezes, os cônjuges, mas também mães, pais ou algum outro parente). No entanto, se durante a observação participante eu notava, de um lado, uma permanente troca de cuidados, principalmente entre as mulheres, dirigidos aos idosos e às idosas, de outro, assim como vimos na fala de dona Rosa, o discurso destas senhoras era no sentido de afirmar a não necessidade de ser cuidada. O que poderia parecer uma contradição ou uma negação do cuidado foi se delineando, com o tempo, como a incorporação, no discurso, da lógica da autonomia.

Do ponto de vista do cuidado oficial, o que mais chamava atenção era a peregrinação em busca da efetivação dos cuidados com a saúde. Mais uma vez assemelhando-se à história de dona Rosa, que precisou sair de sua casa porque, por viver numa sociedade que não oferece segurança, não podia permanecer morando sozinha, apesar de não ter nenhuma limitação física, cognitiva ou emocional, as idosas da Guia, pela precariedade

² No texto ““Aqui eu não tenho nenhum vizinho...”etnogrando uma casa-dia para idosos em um espaço ‘meio’ rural” apresentado na V Reunião Equatorial de Antropologia (REA) e XIV Reunião de Antropólogos Norte e Nordeste (ABANNE) - 2015 problematizei a existência de um lar para idosos em uma região considerada às vezes rural, às vezes urbana. Não entrei nesta discussão neste momento, mas assinalo que o sentimento de pertencimento local também é um aspecto relevante nas discussões sobre envelhecimento.

da saúde pública, precisavam se deslocar para diferentes lugares para cuidar da própria saúde. Esta realidade fazia com que elas enfrentassem inúmeros obstáculos, resultantes de outras tantas precariedades, como transporte público deficitário, falta de segurança e ausência de aparatos institucionais próximos. Muitas vezes, elas abriam mão ou desistiam de lutar por um direito, o que repercutia no exercício da própria autonomia.

Podemos perceber que existem algumas lógicas interagindo dinamicamente e criando configurações que são, concomitantemente, criadoras e resultado das realidades. Os idosos com quem conversei não se reconheciam no lugar daqueles que demandam cuidados, porque os cuidados cotidianos faziam parte de um sistema de trocas permanente, inerentes à manutenção da existência, do qual eles – e principalmente elas – participavam ativamente. No caso das mulheres, era apenas a continuidade da lógica social impressa pela divisão sexual do trabalho. O que mudava é que agora, com o envelhecimento, elas passavam a fazer parte do grupo etário reconhecido oficialmente como demandante de cuidado e entravam no rol de preocupações do sistema de saúde.

Outra questão importante a ser considerada é que vivemos em um momento em que permanentemente nos confrontamos com “receitas” para envelhecer bem que passam pelo autocuidado: alimentação saudável, exercícios físicos, estimulação do raciocínio são ingredientes ditados como básicos para manter a autonomia pessoal.

Do ponto de vista das políticas públicas sociais dirigidas para os idosos pós-Constituição de 1988, existem duas que têm por objetivo possibilitar a independência e a autonomia daqueles com 60 anos ou mais:

- i. política de geração de renda, que equivale à universalização do direito à aposentadoria, garantindo, pelo menos em tese, a independência econômica daqueles que já saíram do mercado de trabalho (lógica individual);
- ii. política de cuidado de longa duração, que tem a função de garantir assistência às pessoas que já não conseguem realizar as Atividades da Vida Diária (AVD). Essas atividades são aquelas que viabilizam a existência, indicando um grau mínimo de autonomia, como se alimentar, cuidar da higiene pessoal e fazer as necessidades básicas. Esta política, de acordo com a Constituição, é de responsabilidade do Estado e da família. Na prática, o Estado só se responsabiliza quando o idoso não tem família ou quando esta não tem condições de suprir os cuidados necessários.

São duas políticas destinadas a propiciar autonomia e independência às pessoas idosas. Mas de que autonomia e independência se está falando?

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a política de Envelhecimento Ativo e recomendou que os países signatários a colocassem em prática, orientação que o Brasil vem incorporando em seus programas e ações. Oficialmente, envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002).

Podemos perceber que a política tem uma proposta ampla, que inclui a participação da sociedade civil e do Estado. Seu enunciado indica que tanto as instituições como o ambiente físico deveriam estar equipados e preparados para viabilizar a circulação e apropriação do espaço público pelos idosos e demais pessoas que possuem algum tipo de limitação, física ou cognitiva. O envelhecimento ativo, de acordo com a política proposta pela OMS, implicaria não só uma postura individual ativa na busca pelo bem-estar como também uma sociedade que promovesse dispositivos de inclusão social. Na prática, o peso da medicalização do corpo e da velhice continua presente, predominando a lógica da prevenção da incapacidade e da dependência do corpo “orgânico”.

Para além da precariedade das políticas, o que está subjacente a esta priorização dos corpos físicos é o paradigma da autonomia. Esta se reduz a uma lógica individualista, própria de uma ideologia que valoriza e busca a independência de todos os laços e obrigações sociais. Além disso, visibiliza algumas formas de dependência e invisibiliza outras. Reforçando uma lógica dicotômica, existem os grupos autônomos e independentes, o que significa, num enfoque biomédico e mecanicista, aqueles que dispõem de corpos normativos (corpos apenas no sentido fisiológico) e são agentes autônomos, capazes de oferecer o cuidado; e os grupos dependentes (corpos anômalos), que recebem cuidados (Cerri, 2015). Neste sentido, o envelhecimento ativo passa a ser uma busca permanente, que se inicia cada vez mais cedo, pela autonomia e independência física, mas principalmente por práticas que nos afastem o mais possível da definição “velho”.

Pensando no que foi observado no campo e no que é preconizado não só pelo sistema de saúde, mas principalmente pela grande mídia e pelas redes sociais, podemos dizer que existe um duplo movimento que, em alguns momentos, gera certa tensão: por um lado, não há condições reais para que as pessoas vivam de forma plena sua autonomia; por outro, há

uma cobrança onipresente de que sejamos independentes e autônomos, mas numa perspectiva individual.

Esse paradigma de autonomia vem sendo questionado por estudiosas feministas que defendem um olhar político e relacional sobre o cuidado e sua “privatização”. Nesta perspectiva, alguns autores têm proposto pensarmos a partir do conceito de autonomia relacional. De acordo com Chiara Cerri,

lo que quiero plantear es que más que de “autonomía personal” se debería hablar de “autonomía relacional” (Mackenzie & Stoljar, 2000), un concepto que nos permite tomar en consideración las condiciones y las relaciones sociales a través de las cuales surge la autonomía y que, por este motivo, rompe con el modelo actualmente vigente de un sujeto que se auto realiza por sí mismo (2015, p. 127).

Neste sentido, o conceito inclui as condições intersubjetivas e as condições sociais, sem que sejam excludentes entre si. A dependência é vista como constitutiva da autonomia e dialoga com os conceitos de interdependência e vulnerabilidade (Cerri, 2015).

Nesta mesma perspectiva, Butler afirma que existe uma vulnerabilidade original “que não se pode ignorar sem deixar de ser humano” e que esta precisa ser reconhecida para que seja possível o cuidado mútuo (2004, p. 16).

A literatura que discute deficiência tem problematizado este termo e, de acordo com Medeiros e Diniz (2004), ela está diretamente relacionada à discussão sobre envelhecimento. A velhice e algumas fragilidades corporais próprias deste momento da vida contribuem com os questionamentos sobre as fronteiras entre as limitações físicas e as deficiências sociais, reflexão pertinente e necessária para a formulação de políticas voltadas para o bem-estar social. Se a rua tem buracos ou não tem calçadas seguras, por exemplo, isso pode dificultar ou até mesmo impedir a circulação de determinados grupos, que passam a ser percebidos como deficientes ou limitados. Por outro lado, Medeiros e Diniz alertam que “a previsibilidade do envelhecimento permite entender que muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas” (2004, p. 113).

Neste sentido, estamos falando de questões que transcendem o tema do envelhecimento. Estamos falando de uma lógica que acentua desigualdades e divide a sociedade entre os que são autônomos e os que não são, sem considerar que a autonomia é uma construção social. O conceito de autonomia utilizado se ampara na divisão sexual do trabalho e na cisão entre espaço público e espaço privado, penalizando as mulheres, que são as responsáveis por uma imensa gama de cuidados invisibilizados e não reconhecidos. Incorporar o conceito de interdependência nesta discussão contribuiria com uma visão ampliada das relações sociais, reforçando a discussão sobre autonomia relacional.

Como foi ilustrado pela história de dona Rosa, que precisou ir para a casa da filha e viver em condições de dependência porque o Estado não garante sua segurança, muitas deficiências são favorecidas ou mesmo criadas pelo espaço social. Assim, tanto as políticas públicas como as representações sobre a velhice são pautadas em uma lógica liberal individualista, que não incorpora o princípio de vulnerabilidade inerente ao ser humano. Investir na incorporação da interdependência é um caminho para repensar o significado do cuidado e avançar na luta por sociedades mais igualitárias e cuidadoras durante todo o curso da vida.

Para fechar, pontuarei algumas questões que na minha perspectiva mereceriam ser mais aprofundadas, considerando o nosso momento político e econômico. Não foram foco de análise, por serem extremamente recentes, mas incidem diretamente não apenas no grupo estudado – idosos moradores da área rural – como nas temáticas de cuidado, autonomia e interdependência.

Segundo a OMS o envelhecimento populacional não é, necessariamente, responsável pelo aumento dos custos da saúde pública. Isso vai depender do investimento em medidas de prevenção e preparação do espaço público. Na conjuntura atual, no entanto, considerando o anunciado congelamento em investimentos públicos por vinte anos, muito dificilmente existirão verbas para ações preventivas ou aparatos de cuidado dirigidos para a terceira idade, o que nos leva a pensar que se acentuará a responsabilidade da família ou se ampliarão ofertas do mercado, reproduzindo na velhice a lógica das desigualdades sociais.

A segunda questão que merece reflexão é a geracional. No atual momento, a discussão sobre a reforma da previdência tem sido a mais acalorada, que tem congregado o maior número de opositores. Este é um tema complexo, que não será enfrentado em sua plenitude

neste momento. Tecerei, no entanto, uma ponderação que está mais diretamente ligada aos meus interesses de pesquisa. Como foi colocado ao longo do texto, o processo de envelhecimento está diretamente associado à classe social, ao local de moradia, à raça e muito fortemente ao contexto histórico, político e econômico do país. Durante a pesquisa de campo, escutei inúmeros discursos que vão ao encontro da literatura sobre a velhice na área rural (Saboia, 2004). As pessoas idosas da Guia, que têm neste momento entre 60 e 80 anos, entraram na velhice num período em que a aposentadoria rural já estava assegurada como direito universal, o que aconteceu no final da década de 1990. Diferentemente dos seus pais, que também trabalhavam na terra e não tiveram direito ao benefício, elas atribuem à aposentadoria o fato de estarem envelhecendo bem (estou falando de pessoas humildes, moradoras da área rural). Envelhecer bem, neste contexto, significa não apenas o bem-estar físico mas o lugar social que ocupam, que inclui o reconhecimento e a valorização pelo seu grupo de pertencimento. Esses idosos afirmam que agora podem descansar, se poupar fisicamente e até ajudar os filhos em alguma necessidade, inclusive econômica. Diante da atual conjuntura e das alterações que estão sendo propostas tanto nas regras trabalhistas como na aposentadoria, não sabemos como será a velhice para os trabalhadores rurais que estão próximos dos 60 anos – a qual inclusive, diante da ampliação da expectativa de vida, pode ter uma duração maior do que as etapas anteriores.

Por último, diante da clara predisposição para as privatizações da saúde, da educação, dos serviços, podemos intuir que, contrariamente ao que falei, a lógica da responsabilização pessoal sobre a condução das próprias vidas, principalmente no que diz respeito à saúde, tenderá a aumentar, acentuando as desigualdades sociais. Inspirando-me em Mol (2008), posso dizer que o que se anuncia é a acentuação da lógica da escolha e, dentro dela, a lógica do mercado, o que significa penalizar os grupos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

Beauvoir, Simone de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

Butler, Judith. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

Cerri, Chiara. Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, v. 15, n. 2, p. 111-140, 2015.

Debert, Guita. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.

Medeiros, Marcelo; Diniz, Debora. *Envelhecimento e deficiência*. In: Camarano, Ana Amélia (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 107-120.

Mol, AnneMarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Routledge, Taylor & Francis e-Library, 2008.

Saboia, João. Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. In: Camarano, Ana Amélia (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.

SAÚDE E MIGRAÇÕES EM TEMPOS DE CRISE: INCURSÕES ETNOGRÁFICAS A PARTIR DO HIV/AIDS

Mónica Franch

Neste texto, levanto algumas (tímidas) questões sobre saúde e migrações em tempos de crise. É uma resposta ao convite – e provocação – que recebi de Soraya Fleischer, conhecedora da pesquisa que comecei a desenvolver na Catalunha, quase ao término de minha estadia pós-doutoral na Universitat Rovira i Virgili (Tarragona), em 2016. Naquele momento, motivada pelo contato com um grupo de pesquisadores que trabalham questões de migração no contexto do HIV/aids,¹ iniciei uma pesquisa exploratória buscando conhecer as experiências de brasileiros vivendo com HIV/aids na Catalunha. Neste sentido, é preciso enfatizar o caráter provisório destas reflexões, resultado de incursões etnográficas e teóricas incipientes a partir de um campo conhecido (o HIV/aids), mas com um “grupo” desconhecido (brasileiros na condição de migrantes) e em um território (a Catalunha) apenas re-conhecido por ocasião do pós-doutorado.²

ALGUMAS INCURSÕES EM TORNO DAS MIGRAÇÕES

Migrações costumam ser reflexo de desigualdades no desenvolvimento econômico entre países e podem ser motivadas por conflitos políticos e

¹ Liderados pela Dra. Marinilda Rivera Diaz, do Centro de Investigaciones Sociales, da Universidad de Puerto Rico.

² Sendo esta uma aproximação ainda incipiente, não será possível apresentar de maneira aprofundada o debate atual sobre o tema. Agradeço o comentário de Flávia Teixeira na ocasião da II RAS e as indicações recebidas (de seus próprios trabalhos e daqueles de Adriana Piscitelli, entre outras autoras), que serão devidamente incorporadas em futuros trabalhos.

armados (Granada et al., 2017). Pesquisas também chamam a atenção para o papel que questões como a existência de contextos hostis a populações específicas podem desempenhar nas migrações de certos coletivos, como é o caso das pessoas LGBTI.³ Como bem nos ensinou Sayad (1998), migrações implicam origens e destinos, e quem é imigrante num país é também emigrante em outro – a mesma lógica pode ser aplicada historicamente aos países que enviam e recebem migrantes. Seja qual for a motivação inicial, as pessoas que migram inevitavelmente se deparam com controles e políticas migratórias. Na conjuntura atual e no espaço-tempo em que se situaram minhas incursões (na Catalunha de 2016), esses controles fazem parte da proteção de um “espaço europeu” e são reforçados por temores de toda ordem, desde medo da ameaça terrorista até proteção do mercado de trabalho, questões supostamente identitárias etc. A lógica securitária pode dominar as macropolíticas, ao passo que ações “de base” podem refletir o que Didier Fassin (2016) descreve como “razão humanitária”. Por outro lado, desacordos existem também no nível das macropolíticas, como foi possível perceber ao longo de toda a chamada “crise dos refugiados” em 2016, que contrapôs governos europeus entre si, governos e suas populações, governos e ativistas – conflitos que dizem respeito às tensões em torno de uma economia moral, em que a saúde tem ocupado um papel cada vez mais importante.

De modo geral, a literatura consultada destaca que as migrações frequentemente acarretam situações de vulnerabilidade no que tange à saúde, posicionando os migrantes em desvantagem perante os cidadãos nativos ou naturalizados. É claro que essa afirmação não se aplica a todas as situações de circulação de pessoas entre países: “para uns, a circulação é acelerada e facilitada com os passaportes biométricos e modalidades de transporte eficientes em custo e tempo. Já para outros migrar é, se não impossível, extremamente arriscado: rotas subterrâneas, vidas e trajetórias invisíveis, recursos escassos; e, se acaso chegam ao destino, uma quantidade imensa de incertezas e privações” (Granada et al., 2017, p. 289). Bauman (1999) diria que uns são turistas, enquanto outros não passam de vagabundos. Nesses últimos casos, que são os que interessam à minha discussão, as dificuldades em relação à saúde podem ser agravadas por questões linguísticas, preconceito, discriminação ou estereótipos, sem mencionar as condições de vida e de trabalho em destino. A literatura

³ Não que isso signifique que existam paraísos democráticos no que diz respeito ao gênero e à sexualidade. Ver, a esse respeito, França (2017).

também chama a atenção para o isolamento, as fracas redes sociais e a dificuldade em obter informação e acesso aos serviços de saúde, sobretudo no caso dos migrantes “sem papéis”.

Quando comecei a olhar a questão do HIV/aids nas estatísticas e pesquisas na Espanha, procurando cruzar com migrações, esta situação de vulnerabilidade logo se destacou. Estudo da aMASE – Advancing Access to Health Services in Europe aponta que 30% dos novos casos de HIV notificados no Estado espanhol correspondem à população de migrantes, que são apenas 11% da população espanhola (Álvarez-del Arco et al., 2015). Esses dados afirmam, ainda, que a infecção ocorre em boa parte nos países de destino – de 30% a 50%, dependendo do coletivo –, o que está diretamente relacionado a situações de vulnerabilidade. De acordo com o mesmo estudo, as pessoas que têm mais possibilidade de contrair o HIV em destino provêm da Europa Ocidental e Central, da América Latina e do Caribe, ao passo que os africanos frequentemente já chegam infectados.

Ser uma pessoa vivendo com HIV em mobilidade pode levar a situações bem diversas. Em alguns países, a condição sorológica pode ser uma barreira infranqueável; em outros, pode promover uma “cidadania biológica” (Petryna, 2002), colocando esses migrantes em situação de vantagem em comparação a coletivos “saudáveis”. Em outros, ainda, como é o contexto espanhol pós-crise, ambiguidades podem acompanhar todo o processo, chamando a atenção para a fragilidade das legitimidades biológicas em tempos de crise.

PRIMEIRAS INCURSÕES ETNOGRÁFICAS

Para trazer essas questões um pouco mais para perto, apresentarei brevemente a trajetória de Ícaro (nome fictício), um brasileiro beirando os 40 anos que chegou a Barcelona em 2008, em pleno auge da crise econômica que atingiu violentamente os países europeus, mas principalmente os países mediterrâneos, entre eles a Espanha. Conheci Ícaro num dos espaços por onde incursionei à procura de brasileiros soropositivos morando na Catalunha. Uma pequena nota metodológica se faz necessária: ao iniciar a pesquisa, busquei mapear o “campo aids”, na busca por instituições governamentais e não governamentais (ONGs) que de algum modo atendessem brasileiros vivendo com HIV. Três categorias se singularizaram nessa busca – homens gays ligados ao mercado do trabalho sexual masculino, mulheres trans e brasileiras incluídas na

categoria geral de “mulheres latinas”, a maioria trabalhando no serviço doméstico. Ícaro pertence à primeira dessas categorias.

Ícaro não é uma “pessoa vivendo com HIV”, mas trabalha, atualmente, como mediador numa instituição que atua no entroncamento de questões como promoção dos direitos das pessoas LGBTTI, apoio aos trabalhadores sexuais, prevenção ao HIV/aids e luta contra o preconceito em torno desses temas. Ele é também trabalhador sexual (*scort*), o que lhe facilita o acesso às saunas, onde desenvolve parte de suas atividades para a instituição. Segundo me disse, a decisão de migrar foi resultado da “curiosidade”, atiçada por notícias de que era possível ganhar muito dinheiro (até 15 mil euros por mês) no trabalho sexual na Europa. Atuando então como recepcionista num consultório médico, Ícaro calculou que em pouco tempo na Espanha poderia fazer seu pé de meia, voltar ao Brasil e ainda ajudar a família.

Mas a crise não facilitou as coisas. Sendo então um *sin papeles*, Ícaro não conseguiu manter o emprego que havia conseguido na área de limpeza e precisou se dedicar exclusivamente ao trabalho sexual. Ficar nu o dia inteiro numa sauna o deixava constrangido, pois nessa época não gostava do seu corpo, e os sites de internet e aplicativos do celular, hoje tão comuns no trabalho sexual, ainda não existiam. Quando viu que “todos os meninos usavam drogas” para fazer programas, começou também a usar, ficando logo “enganchado” (dependente químico). Foram quatro meses de uso intensivo de uma variedade de substâncias, conhecida no meio como Chemsex (Ketamina, Poppers e êxtase, além do viagra). Parou sozinho, experimentando um *bajón* que derivou num estado definido por Ícaro como “depressão”. A notícia da morte de sua mãe no Brasil contribuiu para piorar a situação. Ícaro me disse que se sentiu mal por não ter podido ajudá-la nem visitá-la, em parte porque não tinha dinheiro, em parte por vergonha.

Por indicação de um amigo, passou a frequentar um grupo de apoio para falar de sua experiência. Foi assim que entrou em contato com a instituição onde o conheci, e onde passaria a atuar primeiro como voluntário, depois como mediador remunerado. Em sua atual função, Ícaro disponibiliza seu número de telefone para outros trabalhadores sexuais a quem dá suporte. Trata-se, sobretudo, de migrantes que chegam a Barcelona em situação irregular. Ícaro fala com eles sobre saúde sexual, entrega-lhes *condones*, ajuda a conseguir a *tarjeta sanitaria* (o equivalente ao cartão do SUS, que descreverei mais adiante) e, quando necessário, também os acompanha ao hospital, pois há, segundo ele, “muitos garotos debilitados”. Refere-se

especialmente aos muçulmanos, que não têm informação, não têm correio eletrônico nem são tão descolados como os brasileiros.

Também Lourenço (nome fictício), educador social da instituição onde Ícaro trabalha, considera que os brasileiros possuem vantagens em relação a outros coletivos que chegam à ONG. Em termos numéricos, trata-se de uma comunidade relativamente pequena em comparação a outros coletivos de migrantes. De acordo com dados do Ministério de Trabalho e de Previdência Social de 2016, a maioria das pessoas classificadas como migrantes provém de outros países da comunidade europeia (58,3%), sendo o restante (41,7%) classificado como de Regime Geral. As nacionalidades mais presentes em território espanhol são os romenos, os marroquinos, os ingleses, os italianos e os chineses, nessa ordem. Os brasileiros ocupam o 1,6% do total de imigrantes. Claro que esses dados falam dos migrantes *con papeles*, sendo difícil ter dados mais precisos a respeito dos indocumentados. Mas, em espaços como a instituição onde conheci Ícaro, eles se destacam.

Para Lourenço, os brasileiros que chegam à instituição, homens gays muitas vezes atuando no mercado de trabalho sexual, são *los reyes del ambiente*. São organizados, constituem redes de acolhimento para quem chega, possuem inegável influência nas saunas e definem moda. No entanto, também se sentem muito solitários e têm dificuldades em estabelecer relações duradouras, me disse Ícaro, porque são vistos como *chaperos* (michês), corpos para o deleite e a diversão, sem qualquer profundidade. Como já observou Isadora França (2016), as trajetórias migratórias de homens gays brasileiros, muitos deles no trabalho sexual, questionam o imaginário de Barcelona como meca da diversidade sexual, imaginário este que oculta uma geopolítica de corpos onde o espaço para os brasileiros aparece bastante delimitado.

Ainda segundo Lourenço, os brasileiros são mais escolarizados que outros coletivos, o que é confirmado pelos estudos – a migração brasileira na Espanha é composta de jovens (71,8% menores de 35 anos) com boa escolaridade (65,2% com estudos secundários concluídos), de acordo com Solé, Cavalcanti e Parella (2011). Além disso, esses migrantes logo se apropriam das habilidades sociais básicas para a vida no novo destino – vão atrás das informações necessárias para fazer seu registro (*empadronarse*) e compram um celular conectado à internet. Poderíamos acrescentar, pensando especificamente nos homens gays, que não são alvo do mesmo preconceito que migrantes de outras nacionalidades,

principalmente magrebinos e africanos, gozando ainda de certo “capital nacional” – “todo mundo gosta dos brasileiros”.

O diferencial que mais me interessou é a forma como os brasileiros se inseriram no cotidiano institucional. Os brasileiros, me disse Lourenço, “pedem oficinas e palestras; estão acostumados com esta metodologia”. No caso das pessoas vivendo com HIV, chegam à Catalunha cientes do tratamento de que precisam, já medicalizados, e “correm atrás de seus direitos”. Lourenço também destacou o autocuidado (estético e de saúde) como um dos elementos que fazem parte do que proponho entender como “afinidades eletivas” entre essa comunidade e o ativismo da aids na Catalunha. Seu envolvimento seria tanto que “a partir deles é fácil empoderar o restante de trabalhadores sexuais”.

Minha hipótese é que este tipo de inserção reflete, em terra estrangeira, o conjunto de práticas e conhecimentos construídos em torno do HIV/aids no Brasil sobretudo nas décadas de 1990 e 2000, e que ficou conhecido como “resposta brasileira à aids”. Mesmo que não tenham experiência direta com o ativismo prévia à migração, muitos dos jovens e não tão jovens que entram em contato com instituições como aquela onde trabalham Lourenço e Ícaro receberam sua influência. Eles possuem uma retórica dos direitos que foi construída durante a redemocratização dos anos 1980 no Brasil e que perpassou por todas as ações em torno do HIV/aids. Eles podem também estar familiarizados com a cultura de ações educativas baseadas em pedagogias construtivistas (“oficinas”), que marcaram os trabalhos preventivos nesse período. Nesse sentido, as migrações nos fariam não apenas de fluxos de pessoas, mas também da circulação de modos de fazer. E isso, como tentarei mostrar a seguir, posicionou os brasileiros diferencialmente num momento um tanto ambíguo quanto à garantia dos direitos à saúde – a época da publicação do Real Decreto 16/2012.

A CRISE E AS POLÍTICAS DE AUSTERIDADE NA SAÚDE OU A LÓGICA DO NO HAY PAN PARA TODOS

A crise de 2008 serviu como pretexto para a aplicação de políticas de austeridade, de cunho neoliberal, afetando a previdência, a educação e a saúde nos países ao sul da Europa. Na Espanha, e no campo específico da saúde, o ajuste fiscal foi implementado a partir da aprovação do Real Decreto 16/2012, que propunha os seguintes recortes: i. diminuição da remuneração do pessoal sanitário; ii. diminuição dos recursos financeiros

para formação e pesquisa; iii. limites às codependências (divisão entre segurados e beneficiários); e, por fim, iv. exclusão da atenção aos migrantes em situação irregular, com algumas exceções – urgência por doença grave ou acidente, mulheres grávidas, e menores de 18 anos. O Real Decreto 16/2012 foi objeto de firme contestação social por parte de organizações de direitos humanos, movimentos sociais, partidos políticos da oposição, ONGs e profissionais do setor da saúde. Um estudo realizado pelo Gesida (Pérez-Molina et al., 2012) chama a atenção para o profundo impacto que estas mudanças tiveram no atendimento às pessoas com HIV/aids no território espanhol, de acordo com a percepção de médicos e ativistas envolvidos no assunto.

Na esteira da aplicação das novas normas, em 2013, como parte do Programa de Reformas do Reino da Espanha, foi solicitado o recadastramento de todas as pessoas migrantes que tinham cartão de saúde (*tarjeta sanitaria*), processo que deixou 873 mil pessoas fora do atendimento. A nova situação, de acordo com a literatura consultada, acarretou problemas éticos para os profissionais de saúde, que ficaram escancarados quando um migrante senegalês morreu de tuberculose. Dois anos depois da publicação do Real Decreto 16/2012, e devido à enxurrada de críticas, foi feito um ajuste nas normas vigentes (*Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública*), de modo a garantir as prestações sanitárias de prevenção, diagnóstico e tratamento nos casos considerados necessários, mesmo para aquelas pessoas que não cumprem a condição de beneficiário. O atendimento a pessoas com HIV/aids foi, deste modo, explicitamente reconhecido como necessário, juntamente com a hepatite, leishmaniose e tuberculososes.

Nas minhas incursões etnográficas, o Real Decreto 16/2012 e seus efeitos também foram mencionados e refletidos. De acordo com Hígia, uma das enfermeiras responsáveis pelo setor de atenção a pessoas com HIV/aids de um reconhecido hospital de Barcelona, nesse tempo se tornou popular a expressão *no hay pan para todos* (“não há pão para todo mundo”). Uma retórica dos recursos escassos, apoiada no discurso da eficácia, da sustentabilidade, da segurança, da qualidade, da modernização e da eficiência, foi sendo implantada nos serviços. Ela significou a entrada de um vocabulário neoliberal que expressava a redefinição do direito à saúde. Hígia conta que a mudança “começou pelos administrativos”. O hospital, conhecido pela sua dedicação à pesquisa e pela abertura a todos os usuários, independentemente de onde moravam na cidade, começou a alçar barreiras, impedindo o atendimento a pessoas não cadastradas

nas proximidades. Escutei relatos também de que procedimentos como a profilaxia pós-exposição estavam sendo cobrados. Entretanto, os médicos e as enfermeiras não ficaram sabendo desses problemas até muito mais tarde.

Barreiras também eram erguidas nos postos de saúde (ambulatórios). Várias pessoas mencionam que houve cancelamento dos cartões de saúde daqueles que não tinham residência, trabalho e número de cadastro na previdência social (*seguridad social*). Justamente as pessoas mais vulneráveis eram as que encontravam maiores dificuldades para a expedição de novos cartões. Esses primeiros tempos estiveram marcados por situações atípicas, conflitos entre Estado, organizações e usuários do sistema de saúde, em meio a um clima de incerteza generalizada.

Passados quatro anos, de acordo com Hígia, “o discurso se enraizou tanto que, se eu posso me ver livre de um usuário, mando ele embora”. Mudou, de acordo com ela, a própria ideia de saúde pública, que agora é governada por uma “mentalidade economicista”, da gestão empresarial no serviço público. E em relação aos migrantes, a rejeição aumentou: “passaram a ver o imigrante como inimigo”, me disse Hígia. E Lourenço complementa: “eu já vi atendente no ambulatório dizendo: ‘se fosse no teu país, tu não me atenderias; isto aqui não é para você”.

Ao falar sobre migrações e sobre a política da compaixão, Fassin (2016) descreve três grandes períodos da legislação francesa recente sobre migrantes – o doente suspeito, nos anos 1990; o doente tolerado, de 1990 a 1996; e o doente legítimo, a partir de 1997. Trata-se, afirma o autor, de uma “biopolítica da alteridade” em seu sentido pleno, ou seja, uma lógica que tem no corpo o local de inscrição de políticas migratórias: uma política do corpo. No cenário que estou descrevendo, essa legitimidade biológica (tão pouca!) não é sequer garantida. Próximo ao doente suspeito, aparece nas falas e nos documentos a imagem do “turista médico”, aquela pessoa que não mora na Espanha, mas aqui vem para se beneficiar do atendimento médico público, a que não tem acesso em seu país. É contra essa suspeita, em favor da universalidade do atendimento e, conseqüentemente, contra a redução da esfera da cidadania que vão se insurgir resistências, algumas de cunho individual, outras coletivas.

Na Catalunha, foi criado o Comitê 1º de Dezembro, unificando entidades que trabalhavam com HIV/aids, para fazer lobby político frente ao governo central e autonômico. Esse comitê conseguiu forçar mudanças na normativa e ampliação do acesso. As ONGs, por sua vez, ampliaram suas atribuições (em meio a um cenário de restrição orçamental!) e passaram a

“derivar” pessoas para atendimento – fazem o registro (*empadronamiento*) e tramitam o cartão de saúde, o que conseguem fazer colocando todas as pessoas dentro de uma “categoria de risco” – trabalhadores sexuais. Como me disse Hígia, essas “bondades” não são dadas para os outros, mas sim para proteger “os nossos”.

Por fim, me interessa destacar as resistências individuais que me foram relatadas em relação aos migrantes brasileiros. Na fala de Lourenço, “os brasileiros começaram a reclamar. Isso é algo que apenas vi nos brasileiros, em nenhum outro grupo. Os demais pensam que não têm direito, que não é pra eles. Os brasileiros souberam gerenciar-se”. Longe de querer naturalizar qualquer essência tipicamente brasileira, me pergunto o que essa diferença, em alguns casos, pode significar. Lourenço chamou a atenção para o grau de integração e implicação política dos brasileiros na Catalunha, facilitada (acrescento) pelo fato de não se tratar de migrantes tão indesejáveis.⁴ Também me pergunto até que ponto não podem refletir certa socialização no ativismo, ou mesmo (já que estamos falando de uma migração massivamente juvenil) o reflexo de ter vivido, antes da migração, anos de uma construção democrática que deixou como legado, entre outras coisas, uma forte compreensão de si mesmos como sujeitos de direitos – compreensão que poderá faltar às próximas gerações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste exercício, tentei me inspirar nas ideias de Fassin (2016), no sentido de refletir sobre a “economia moral” que se desenha a partir das políticas e práticas ligadas ao acesso à saúde da população migrante, sobretudo daquela em situação irregular. Entendo que o cenário da última década, marcado pelos efeitos da crise de 2008 nas economias europeias, nomeadamente nas mediterrâneas, e pela adoção de medidas de ajuste fiscal como resposta à crise, redefiniu e encurtou o espaço da cidadania, afetando o direito à saúde das pessoas cujas vidas, parafraseando Judith Butler, pesam ou importam menos – sendo esse peso definido, entre outras coisas, pelo passaporte que se detém.

⁴ É importante destacar que, na instituição pesquisada, Lourenço trabalha em projetos voltados ao público gay. Outra das profissionais entrevistadas na mesma instituição, que trabalha com mulheres transexuais e travestis, não enfatizou essas questões, chamando a atenção para outro tipo de problemáticas e situações de maior vulnerabilidade, como também relatado por Flavia Teixeira (2008). Na entrevista realizada com outra ativista de uma instituição feminista, a situação das “mulheres latinas”, incluindo as brasileiras, também foi narrada sob outra perspectiva, dando destaque à invisibilidade desse coletivo.

Tais redefinições não se fazem sem cumplicidades, mas também provocam resistências, algumas das quais foi possível entrever nas incursões etnográficas. O “corpo doente” ou biologicamente marcado pela sua sorologia (neste caso) apareceu, por um lado, como objeto de suspeita e, por outro lado, como suporte de redes de solidariedade e acesso a cidadania. Deste modo, entendo que as migrações dizem respeito não apenas ao fluxo de pessoas e à condição (importante, por outro lado) de vulnerabilidade em que essas pessoas se encontram, mas também à formação de redes e à circulação de “modos de fazer” (Certeau, 1994) que podem contrabalançar tendências excludentes, embora também possam contribuir para o estabelecimento de hierarquias entre os grupos afetados por essas mesmas tendências.

Trazer estas reflexões para a discussão sobre saúde e interseccionalidades em tempos de crise pode ser útil em diversos sentidos. Em primeiro lugar, e talvez mais obviamente, essas questões podem nos ajudar, no Brasil, a lidar com os migrantes que batem também às nossas portas, ou que ultrapassam nossas fronteiras. Não falo de migrantes brancos, europeus, como eu mesma fui e sou ainda hoje, e sim dos venezuelanos, haitianos, senegaleses e tantos outros que se inserem de maneira subalterna na nossa sociedade e economia. Em segundo lugar, porque embora minha incipiente pesquisa tenha buscado lançar luz sobre a realidade de migrantes brasileiros na Catalunha, é possível pensar essas questões em relação a nossas hierarquias internas. Pois os corpos que pesam menos, no Brasil, são os corpos pobres e em sua maioria negros, os corpos de travestis e de transexuais, os corpos de mulheres, de índios. E se as receitas para superar a crise nesses dois contextos se assemelham (diminuir o Estado, recortar direitos), é de se esperar que a cidadania, também aqui, se veja alijada em função da produção da indiferença em relação aos destinos e às vidas daqueles cuja humanidade é questionada, diminuída ou até mesmo negada.

REFERÊNCIAS

Álvarez-Del Arco, Débora et al. Adquisición del VIH en inmigrantes que viven en Europa: resultados del estudio aMASE – Avanzando en el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en Europa. Congreso Gesida, VIII, diciembre 2015, Madrid. Disponível em: <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff80818152732bb601527d3997540063>. Acesso em: 3 out. 2016.

Bauman, Zygmunt. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

Certeau, Michel de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.

Fassin, Didier. *La razón humanitaria: una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo, 2016.

França, Isadora. L. Vivendo em liberdade? Homossexualidade, diferenças e desigualdades entre brasileiros na Espanha. *Travessia*, v. 28, p. 13-28, 2016.

_____. “Refugiados LGBTI”: direitos e narrativas entrecruzando gênero, sexualidade e violência. *Cadernos Pagu*, n. 50, e17506, 2017.

Granada, Daniel et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface*, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.

Pérez-Molina, José A. et al. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, v. 30, n. 8, p. 472-478, 2012.

Petryna, Adriana. *Life exposed: biological citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

Sayad, Abdelmalek. *Imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Edusp, 1998.

Solé, Carlota; Cavalcanti, Leonardo; Parella, Sònia. *La inmigración brasileña en la estructura socioeconómica de España*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; Observatorio Permanente de la Inmigración, 2011. Disponível em: <<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/La-inmigracion-brasilena-en-la-estructura-socioeconomica-de-Espana.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Teixeira, Flavia do Bonsucesso. L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser europeia e o babado da prostituição. *Cadernos Pagu*, n. 31, p. 275-308, 2008.

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO INDIVÍDUO “PERIGOSO” NO ÂMBITO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO DISTRITO FEDERAL

Érica Quinaglia Silva

A medida de segurança é uma sentença aplicada a pessoas que, por terem transtornos mentais, são consideradas total ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito de suas ações. Encaminhadas à Justiça, nessas pessoas é cravada a marca da periculosidade. Neste estudo, privilegiar-se-á o caso de Lídia, considerada como “a mais perigosa” da Ala de Tratamento Psiquiátrico, onde essa sentença é cumprida no Distrito Federal. Este estudo de caso tem como objetivo possibilitar conhecer as lacunas da política pública de saúde mental e entender a construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança. Essa noção ocorre por conformações do Estado, tido como um conjunto heterogêneo de discursos e práticas, permeado por diversas moralidades, e da sociedade, não toda ela detentora de direitos sociais e merecedora de políticas públicas. São desvelados, contudo, estratégias de sobrevivência e agenciamentos, a despeito do espaço de destruição que pessoas como Lídia socialmente ocupam.

O CONTEXTO: A IMPOSIÇÃO DE UMA SENTENÇA E DA MARCA DA PERICULOSIDADE

A medida de segurança é uma sentença aplicada a pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis pela Justiça. De acordo com o Código

Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), inimputável é “[...] o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940). Essa pessoa fica isenta de pena. Semi-imputável é “[...] o agente [que], em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940). Essa pessoa pode ter sua sanção reduzida de um a dois terços.

As espécies de medida de segurança são a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado e a sujeição a tratamento ambulatorial (Brasil, 1940). No Distrito Federal, a internação ocorre na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), na Região Administrativa do Gama. Já o tratamento ambulatorial ocorre nas redes pública e privada de saúde. Ambos, internação e tratamento ambulatorial, têm tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a “cessação de periculosidade”, e prazo mínimo de um a três anos (Brasil, 1940). O prazo mínimo é o tempo determinado pelo juiz para que haja uma reavaliação do sentenciado para uma possível desvinculação da Justiça.

Na modalidade de internação, foco deste trabalho, findo o cumprimento da sentença, é determinada a desinternação, que ocorre de modo condicional. Ou seja, no decurso de um ano, a pessoa que a recebe é acompanhada para verificar se, aos olhos da Justiça, houve a referida cessação de sua periculosidade.

Quanto ao prazo máximo de cumprimento da medida de segurança, embora exista uma orientação consagrada na jurisprudência que o limita a 30 anos ou ao tempo máximo da pena abstratamente prevista para o delito cometido, há muitos casos em que tal orientação não é observada. O censo sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, realizado em 2011, mostra que, embora já possuam sentença de desinternação, 7% dos indivíduos são mantidos em regime de internação. Ademais, 21% da população encarcerada cumprem sentença além do tempo previsto (Diniz, 2013). Especificamente no Distrito Federal, em 2013 e 2014, foi verificado que, dos 32 indivíduos em desinternação condicional, 5 estavam com a data provável de extinção da sentença expirada (Quinaglia Silva; Calegari, no prelo).

As pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis pela Justiça recebem uma absolvição imprópria. Isso significa que elas são desresponsabilizadas por suas ações por serem consideradas total ou parcialmente incapazes de entendê-las. Nesse sentido, essa sentença deveria visar a um tratamento, e não a uma punição. Contudo, ao contrário da pena comum, que é aplicada para punir uma ação realizada no passado, a medida de segurança, ao substituir a culpabilidade pela periculosidade, lança um juízo para o futuro e pode condenar as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei a viver reclusas *ad aeternum* (Brasil, 2011).

Considerado esse panorama, proponho refletir acerca da imposição dessa sentença e da marca da periculosidade a partir de um estudo de caso, considerado “o mais perigoso” da ATP, segundo alguns interlocutores. O objetivo é questionar as ações de um Estado que cria, por um lado, dispositivos disciplinadores, em sua perspectiva universalista, embasados em preceitos constitucionais e legais; e, por outro, mecanismos discricionários, em seus modos desiguais de distribuição de direitos (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

METODOLOGIA

Para entender esse “Estado em ação” e sua ambivalência constitutiva na relação com os sujeitos sociais, neste estudo, privilegiar-se-á o caso de Lídia. Este estudo de caso tem como objetivo possibilitar conhecer as lacunas da política pública de saúde mental e entender a construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal.

Trata-se do resultado de uma pesquisa mais ampla desenvolvida no Distrito Federal sobre essa sentença. Entre 1º de outubro de 2013 e 29 de julho de 2014, foi feito um levantamento do perfil sociodemográfico dessa população mediante a análise documental de todos os processos e prontuários das pessoas que estavam internadas, em tratamento ambulatorial e em desinternação condicional no período supracitado (Quinaglia Silva; Calegari, no prelo).

Como forma de resgatar, para além dos dados quantitativos, dados qualitativos concernentes a essas pessoas, a pesquisa estendeu-se ao conhecimento das vivências do encarceramento e das percepções do tratamento dispensado a elas, por meio de uma abordagem etnográfica, em 2016, com realização de observação participante e entrevistas com alguns homens e mulheres internados na ATP e seus familiares. Também

foram verificados os posicionamentos tomados e os encaminhamentos dados pelo Estado, representado por juízes e profissionais da saúde que compõem a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), no Poder Judiciário; pela diretora da PFDf e servidores da saúde e da segurança que atuam nessa instituição, no Poder Executivo; por defensores públicos; e por procuradores da República e promotores de Justiça, no Ministério Público. As entrevistas foram filmadas para compor o filme etnográfico *Absolvição imprópria*. O conhecimento das experiências das pessoas que cumprem medida de segurança no Distrito Federal e de seus parentes, bem como a verificação dos posicionamentos do Estado, representado por seus Poderes Judiciário e Executivo, pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, devem ser tomados como pedra angular para observar os entraves na medida de segurança e para repensar o aprimoramento de políticas públicas de atenção psicossocial voltadas para as pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis pela Justiça.

Todos os aspectos éticos concernentes a pesquisas que envolvem seres humanos, presentes nas Resoluções 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, foram observados e assegurados (Brasil, 2012, 2016). A decisão ética e também política de rompimento do anonimato das interlocutoras deste estudo foi tomada em conjunto com elas, tendo respaldo da resolução voltada para a pesquisa social supracitada, que preconiza ser direito do participante decidir se sua identidade será divulgada (Brasil, 2016). Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (CAAE: 40056214.3.0000.5540).

LÍDIA

Quando eu era pequenininha, a minha mãe arranjou um padrasto. E ele era usuário de drogas. Ele batia nela. Aí, teve um dia que ele foi no meu quarto com uma faca. Eu peguei e arrastei a caixa de brinquedos para fechar a porta. Mas, mesmo assim, ele entrou com a faca. Aí, falou: “se você não deixar isso aqui te comer, quem vai te comer é isso aqui, ó! E não grita, não!” Aí, tampou a minha boca. Aí, no outro dia, eu contei para a minha coleguinha. A mãe dela contou para a minha mãe e a minha mãe foi na delegacia. Aí, ele pegou e tocou fogo na casa com a minha mãe

dentro... Aí, eu fui embora com a minha mãe. Aí, a minha mãe arranhou outro namorado. Ele também usava drogas. E ele também batia na minha mãe. E ele também me assediava. Aí, teve um dia que ele me estuprou mesmo. Aí, eu fui e contei para a empregada da vizinha. Aí, a vizinha contou para o Walter Pontes. Ele é policial civil. Ele foi e prendeu a minha mãe e o meu padrasto. A minha mãe falou: “fala para ele que ele me batia, que ele me ameaçava. Quer ficar sem mãe?” Aí, eu falei: “não...” Aí, eu fui e contei para a polícia que ele batia na minha mãe e ameaçava a minha mãe, por isso que a minha mãe tinha ido na delegacia. Depois, eu comecei a fazer saltos ornamentais, ginástica olímpica, capoeira, natação... porque o Walter Pontes pagou para mim. Ele virou uma espécie de padrinho, né?! Aí, depois, eu comecei a ir para o escolar. Aí, eu comecei a usar... a fumar cigarro. Aí, depois, eu fumei maconha e cheirei pó. Eu cheirei tiner também. Aí, eu contei para a minha mãe que eu estava cheirando tiner e ela contou para o Walter Pontes. E ele pegou e parou de me patrocinar. Aí, eu fiquei muito triste. A minha tia falava: “é, se a sua filha te matar, eu não estou nem aí. A culpa vai ser toda sua”. E a minha tia com a faca na mão, cortando carne, falava: “é... Por que você não pega isso aqui e mata a sua mãe?” Surtei! Aí, eu: “ah, é mesmo! Eu podia ter essa ideia de pegar a faca e matar a minha mãe”. Aí, eu fui e passei a faca no pescoço da minha mãe. Aí, eu vim presa. Ela descobriu que eu estava em surto. Aí, ela me perdoou. (Trecho da entrevista feita com Lídia em maio de 2016)

Essa narrativa revela inúmeras violações. Para além da violência doméstica sofrida por Lídia, sua mãe, Maria Lenir, relatou que ela foi vítima de abusos sexuais reiterados no espaço público:

[...] A polícia me ligou às três [horas] da manhã porque ela tinha sido achada por um caminhoneiro, nua no meio da estrada, pedindo socorro. Estupraram ela. Isso foi a primeira vez. [...] Ela foi achada na rua, dentro de uma poça de lama, às seis horas da manhã. Nua da cintura para cima, toda machucada, que os bombeiros pensavam que ela tinha morrido. “O que aconteceu com você?” “Fui estuprada outra vez.” Perdi as contas das vezes que eu fui buscar minha filha nesses lugares onde fica o pessoal de rua (Maria Lenir, 2016).

Maria Lenir narrou, ainda, estar desamparada pelo Estado, que carece de serviços voltados para pessoas com transtornos mentais, especificamente devidos ao uso de álcool e outras drogas.

Como você pega um filho teu drogado, surtado, quebrando a casa inteira, querendo te matar? Ninguém nunca sabe o que fazer com o paciente e muito menos com os familiares. Não existe essa capacitação na rede. Eu chamava o bombeiro, não era o bombeiro, era o Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência]. Chamava o Samu. “Levar para onde? Se ela está em surto, [Hospital] São Vicente [de Paulo]!” “Não! Tem uma portaria aí que, se estiver drogado, nós não aceitamos. Leva para o Hospital [Regional] de Taguatinga, desintoxica e leva para o São Vicente.” Ia para o Hospital de Taguatinga. Chegava lá, ela ficava um dia internada. Eles davam alta ou mandavam para o São Vicente. Quando mandavam lá: “não, ela já não está em surto. Leva para o Hospital de Taguatinga para eles darem alta”. Eles davam alta. Davam medicação, uma receita desse tamanho... que não tinha medicação na farmácia, que eu tinha que comprar na farmácia particular. Me davam a receita. “Não, ela está liberada, ela está bem!” Chegavam três dias de novo, estou eu no hospital de novo, no mesmo processo: Taguatinga–São Vicente. O sistema não funciona! (Maria Lenir, 2016)

Lídia, como as demais pessoas que cumprem medida de segurança no Distrito Federal, foi criminalizada pela pobreza (Quinaglia Silva; Calegari, no prelo), como ocorrera nos séculos XVII e XVIII no Ocidente. Naquele momento, não havia preocupação de cura na internação, mas de culpabilização, vigilância e punição da pobreza. O sentido de exclusão social das pessoas então consideradas loucas era ético (Foucault, 2008; Frayze-Pereira, 1994).

Não existe clínica de reabilitação. Pelo Estado, não. Existem clínicas particulares. Se eu trabalhar a minha vida inteira, não dou conta de pagar um mês (Maria Lenir, 2016).

Aliás, Lídia condensa o perfil sociodemográfico das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal: é negra, solteira, tem baixa escolaridade e profissão que exige pouca qualificação (Quinaglia Silva; Santos; Cruz, no prelo). Sem possibilidade de acessar serviços disponíveis na rede privada e tampouco ter um efetivo acompanhamento psicossocial na rede pública, o estado de saúde mental de Lídia se agravou a ponto de ela praticar o delito mencionado em sua narrativa. A ela foi imposta, em consequência, a medida de segurança na modalidade de internação.

Lídia deveria, finalmente, receber um tratamento. No entanto, encontrou na ATP um espaço de tortura. Internada com as presas comuns, sofreu novos abusos num espaço que deveria ser de acolhimento.

[...] Pegaram a minha filha, que deveria estar numa clínica internada, jogaram lá e esqueceram que ela existe. Minha filha já apanhou lá dentro. Ela toma medicação para dormir. E ela, dormindo, as outras foram lá e derramaram água quente no rosto dela. [...] O inferno, eu sei que existe, e ali é a porta. Dói, dói falar nisso (Maria Lenir, 2016).

Maria Lenir contou, por fim, que, dadas as circunstâncias de constante violência, Lídia acabou por cometer um homicídio e, em seguida, três tentativas de suicídio dentro da ATP.

O que aconteceu? Aconteceu um assassinato. Foi o que ocorreu com a minha filha. Minha filha matou uma pessoa lá dentro por falta de estrutura dessa medida. Ela entrou para fazer um tratamento, por uma tentativa de homicídio por surto, e saiu com um homicídio nas costas. Depois desse ocorrido, ela fez três tentativas de suicídio. Que medida é essa? (Maria Lenir, 2016).

PARA ALÉM DO SABER-PODER INSTITUÍDO: AS CONFORMAÇÕES DOS SABERES E FAZERES PSIQUIÁTRICO E JURÍDICO E OS AGENCIAMENTOS DESVELADOS POR UMA NARRATIVA DE SOFRIMENTO

Dessa relação intrincada entre Lídia e sua mãe participam, ainda, a sociedade mais ampla e o Estado, que, como será discutido a seguir, não são estanques e acabados. Afinal, não somente a loucura como também a periculosidade são noções que não devem ser vistas como pertencentes a um ou outro indivíduo, mas como decorrentes de uma conjunção de fatores. Dentre eles, é importante destacar os saberes e os fazeres psiquiátrico e jurídico, constituintes do saber-poder instituído, que enseja a constituição do binômio loucura-periculosidade. Aquele, o saber-fazer psiquiátrico, tem como referência basilar um código internacional, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Este, o saber-fazer jurídico,

é fundamentado por uma legislação de 1940 (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

Por um lado, a CID, que se pretende universal, ignora contextos culturais e arranjos sociais específicos, bem como as particularidades de cada caso, para, apropriada por psiquiatras, a realização de diagnósticos e a consequente proposição de práticas terapêuticas. Por outro lado, os operadores do Direito insistem em aplicar o Código Penal, a despeito da superveniência da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, segundo a qual a internação deve ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2001; Quinaglia Silva; Moreira, no prelo). Essa relação entre documentos e práticas mostra a distância entre a norma e sua atualização (Das, 2011) ou, em outras palavras, quando se considera a luta antimanicomial, inaugurada ainda no final da década de 1970 no Brasil, a dificuldade de conversão da legislação em políticas públicas, especificamente de saúde mental. Esse problema se agrava no caso das pessoas que cumprem medida de segurança. Embora a reforma psiquiátrica tenha avançado na atenção psicossocial às pessoas com transtornos mentais, ainda há lacunas no cuidado voltado para elas quando estão em conflito com a lei.

O discurso do medo, que é um discurso da moralização, se constrói por estes poderes: psiquiátrico, por meio de laudos que cravam diagnósticos; e jurídico, mediante a imposição de uma sentença baseada nesses laudos, sem considerar o histórico de violações e privações, como a falta de acesso a serviços, o que caracteriza a negligência do próprio Estado. Desse discurso, que incute nas pessoas tidas como inimputáveis e/ou semi-imputáveis o caráter “anormal”, resulta um poder de normalização (Foucault, 2010). Como consequência, apresenta-se uma solução única para esses casos: a contenção, seja pela medicalização, seja pelo encarceramento.

No entanto, a periculosidade e a loucura, da qual aquela decorre, não podem ser tomadas como dados universais, pré-culturais ou a-históricos, descolados de contextos particulares. Essas noções têm sentidos em disputa que transparecem nas vivências de pessoas como Lídia e nos “documentos em ação” no TJDF (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

Em outro estudo (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo), já foram apontados os embates que aparecem, por exemplo, entre os laudos emitidos esporadicamente pelos psiquiatras do Instituto Médico Legal (IML), que no Distrito Federal embasam a decisão do juízo quanto aos encaminhamentos a uma das modalidades da medida de segurança assim como à desvinculação da Justiça por “cessação de periculosidade”, e os

relatórios feitos periodicamente pela equipe multiprofissional da Seção Psicossocial da VEP do TJDF, formada por psicólogas, assistente social, pedagoga e socióloga. Essa equipe é responsável por acompanhar todas as pessoas sentenciadas, fornece igualmente elementos para o julgamento anteposto, mas ocupa uma posição secundária na relação hierárquica entre a Psiquiatria e as demais profissões da área da saúde. Nos laudos emitidos pelo IML, persiste a noção de periculosidade. Nos relatórios produzidos pela Seção Psicossocial da VEP do TJDF, essa ideia, por ser considerada retrógrada e insuficiente para contemplar os casos particulares, já foi banida.

A própria análise da história da loucura e da construção desse conceito mostra que nem sempre ela foi tida como patologia. Tampouco esteve necessariamente associada à negatividade. No final da Idade Média até o século XVI, a loucura fazia parte da vida. A oposição entre razão e não razão foi desenhada somente nos séculos XVII e XVIII, momento da “grande internação”. Quanto à aproximação entre loucura e doença, ela é recente na história da civilização ocidental: foi após a Revolução Francesa que a Psiquiatria se apropriou da loucura como objeto do conhecimento (Foucault, 2008; Frayze-Pereira, 1994; Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

Se, na atualidade, os saberes e fazeres psiquiátrico e jurídico convergem quanto à caracterização das pessoas com transtornos mentais como perigosas, há, entretanto, um descompasso entre as concepções da área da saúde relativas aos processos individuais de adoecimento e tratamento, como o tempo de duração da internação, e os prazos legais (Carrara, 1998). Esse campo minado, do qual fazem parte agentes da saúde e operadores do Direito, é reproduzido pela estrutura mesma dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. Embora, como já mencionado, a medida de segurança proponha um tratamento, esses espaços não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim no sistema prisional. Dessa forma, há a sobreposição de dois modelos de intervenção social: um psiquiátrico-terapêutico e outro jurídico-punitivo. Nesse arranjo, a medida de segurança não é regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas pelos princípios da execução penal (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

Esses conflitos transparecem também na atuação dos Poderes Executivo e Judiciário. Embora os centros de atenção psicossocial (CAPS) devam ser a porta de entrada da rede de cuidado para as ações relativas à saúde mental, a lacuna na oferta desse serviço tem levado à falta de atenção adequada e necessária a pessoas com transtornos mentais. A consequência

drástica é viabilizar o acesso a um tratamento somente pela via judicial, após o cometimento de um crime, por meio do cumprimento de uma das modalidades da medida de segurança. A porta de entrada da atenção à saúde mental passa a ser o Poder Judiciário, e não o Poder Executivo, que tem negligenciado o tratamento das pessoas com transtornos mentais antes do agravamento de seu estado de saúde (Quinaglia Silva; Calegari, no prelo; Quinaglia Silva; Moreira, no prelo).

Encaminhadas à Justiça, as pessoas com transtornos mentais, doravante em conflito com a lei, enfrentam, ainda, as lacunas do Poder Judiciário, que dá respaldo à aplicação da medida de segurança em locais que têm uma ideologia carcerária. Uma explicação para a falta de observância da orientação jurisprudencial anteriormente mencionada, sobre a extrapolação do tempo previsto de cumprimento da medida de segurança, está relacionada ao elevado volume de processos e ao número insuficiente de magistrados e defensores públicos, mas, sobretudo, à mentalidade que associa a loucura à periculosidade (Quinaglia Silva; Moreira, no prelo). O Estado falha, portanto, na assistência às pessoas com transtornos mentais antes e depois do cometimento de um delito.

A construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança ocorre, assim, por conformações do Estado, tido como um conjunto heterogêneo de discursos e práticas, permeado por diversas moralidades, e da sociedade, não toda ela compreendida na dimensão do “todos” na concepção da saúde como “[um] direito de *todos* e [um] dever do Estado” (Brasil, 1988). Apenas alguns são detentores de direitos sociais e merecedores de políticas públicas (Maricato, no prelo). Há vidas não passíveis de luto (Butler, 2015). Lídia exemplifica um dos milhares de pessoas que ocupam os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil e que “não merecem” condolências. Seu destino é a morte, física e/ou simbólica, na casa dos mortos (Diniz, 2009).

Quanto à periculosidade, não somente é pertinente refletir sobre a construção dessa noção a partir dessas conformações fluidas de Estado e sociedade, como também é relevante mostrar que ela pode tomar forma como uma possibilidade de agenciamento. Lídia só recobrou o estatuto de humanidade que havia perdido por meio da violência. Quando se torna “a mais perigosa” da ATP, deixa de ser alvo de violações, sofridas durante sua vida inteira. A outra faceta da periculosidade, que transparece no caso estudado, é esta: para Lídia, como para muitos internos em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, que padecem por uma tortura praticada sob a égide do Estado, a violência se torna

um processo de subjetivação, um modo de existência, uma estratégia de sobrevivência.

O âmbito da medida de segurança é marcado por desigualdades, de classe, gênero e raça, e inacessibilidade a direitos. Esse contexto desvela noções de Estado e sociedade que reiteram, por seus discursos e práticas, a posição subalterna ocupada por mulheres que, como Lídia, resistem à invisibilidade por meio da transgressão. Lídia tomou o signo nocivo das violações continuadas que sofreu e o transformou, por uma narrativa de sofrimento, em agenciamento. Como ela, as demais pessoas que cumprem medida de segurança, mulheres e homens, tentam retomar suas vozes e reconstruir suas existências, a despeito dessa sentença que as silencia e do espaço de destruição que socialmente ocupam.

REFERÊNCIAS

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, 5 out. 1988.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, 7 dez. 1940.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 6 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*, 7 abr. 2016.

_____. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Brasília, 2011.

Butler, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

Carrara, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

Das, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu*, n. 37, p. 9-41, 2011.

Diniz, Debora. *A casa dos mortos* [filme]. Salvador, 2009.

_____. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres; Editora Universidade de Brasília, 2013.

Foucault, Michel. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. *Os anormais*. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

Frayze-Pereira, João Augusto. *O que é loucura*. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Maricato, Gláucia. Os muros do Estado: Dos limites da política reparatória aos atingidos pela hanseníase. In: Maluf, Sônia Weidner; Quinaglia Silva, Érica (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas* (no prelo).

Quinaglia Silva, Érica; Calegari, Marília. Crime e loucura: estudo sobre a medida de segurança no Distrito Federal (no prelo).

Quinaglia Silva, Érica; Moreira, Sthefânia Shabryny Cavalcante Regis. O grito silencioso de um louco infrator: estudo de caso sobre a medida de segurança no Distrito Federal. In: Teixeira, Carla Costa; Valle, Carlos Guilherme do; Neves, Rita de Cássia (org.). *Saúde, mediação e mediadores* (no prelo).

Quinaglia Silva, Érica; Santos, Josenaide Engracia dos; Cruz, Mônica Oliveira da. Gênero, raça e loucura: o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal. In: Maluf, Sônia Weidner; Quinaglia Silva, Érica (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas* (no prelo).

PARTE II

*Antropologias da e na saúde:
debates, propostas e impasses*

A ANTROPOLOGIA NA SAÚDE: ENTRE TERMOS E PALAVRAS QUE NOS FAZEM PENSAR

Rosamaria Carneiro

Antropologia *na* saúde: o que seria esse *na* saúde? Como pensá-lo e o que compartilhar a respeito disso, no sentido de acrescentar algo ao campo? Ao trabalhar com pequenas palavras e termos, proponho-me o exercício de pensar sobre eles e, assim, fazer antropologia a partir de minha própria presença no universo acadêmico e docente, misturando então “vida e grafias” (Kofes; Manica, 2015).¹

Há cinco anos me encontro inserida no campo da saúde coletiva, mas, mais do que isso, atuo como docente de uma Faculdade de Saúde, em seus cursos de saúde coletiva, terapia ocupacional, enfermagem, fisioterapia, farmácia e fonoaudiologia. Para além da graduação, oriento mestrado em um Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências e Tecnologias da Saúde (PGCTS). Oriento e realizo pesquisas de iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso e dissertações sobre saúde, pensando, porém, sobre sua dimensão social. Ou a partir do que tem sido chamado, depois dos anos 1990, de campo das ciências sociais em saúde.

Mas fazendo o que faço... faço antropologia *da* saúde ou antropologia *na* saúde? Esse *na* saúde seria o quê, afinal? Seria um campo da pesquisa antropológica? Ou, ao contrário, seria a antropologia um campo do saber inserido na saúde? Alguns apostam na antropologia como um campo de estudos inserido ou a ser inserido na saúde, sobretudo os entusiastas de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde operantes. Mas penso que aqui, neste capítulo, essa não é a frente mais importante a

¹ Ao longo destas páginas, em alguns momentos farei uso do feminino na primeira e terceira pessoa, como modo de afirmação da produção acadêmica feminina e feminista.

ser investigada ou a que mais me instiga. E, confesso, tampouco tenho conhecimento suficiente para isso e sobre o mais recente e profundo debate acerca interprofissionalidade (Cyrino, 2016).

Como atualmente estou na saúde, inserida em um ambiente que é considerado da saúde, farei aqui uma (auto)etnografia breve, ou melhor, uma autobiografia de inspiração antropológica, de modo a refletir sobre por onde tenho vivido, o que tenho percebido e quais são os principais limites de uma antropologia na saúde. Parto, para tanto, de minha inserção como docente e pesquisadora nesse universo.

Existem estudos clássicos sobre as práticas de cuidado em diversas culturas, próximas e distantes, simples e complexas. Não raro nos deparamos com monografias sobre as práticas de parteiras, de benzedeiras e de raizeiras, bem como entre indígenas, quilombolas, ou outros tantos escritos que exploram racionalidades científicas como a medicina tradicional chinesa, a ayurveda, a antroposofia, a homeopatia e as medicinas africanas. Entre os estudos antropológicos mais clássicos encontramos os de Rivers (1927), Evans-Pritchard (2005), Douglas (1976), Lévi-Strauss (1981) e Victor Turner (2005), que pautavam as práticas de cuidado consigo e com os outros como aspectos de suas clássicas etnografias, pensando sobre magia, religião e cura, corpo, bruxaria e saúde, a eficácia simbólica e a figura dos curandeiros em rituais, entre tantos outros pontos. Depois deles, mais recentemente, os estudos de Le Breton (2013) também o fizeram, pensando o corpo e depois a dor. Essas frentes de estudo poderiam ser pensadas como antropologia da saúde – uma vertente da antropologia que trabalha com a expansão dos limites do que se entende por saúde, em muitos contextos e possibilidades de leitura.

Contudo, como menciona Kleinman (apud Langdon e Wilk, 2010), também os nossos sistemas de cuidado, o biomédico ou médico científico, operam com um sistema cultural de cura. Nesse sentido, o debatido como saúde em outras culturas também merece problematização local. Ou seja, não se faz antropologia da saúde somente a partir do outro, mas também de nós mesmos. Por vezes, naturalizamos os nossos modos de pensar, deixando de estranhar verdades ou premissas balizadas pela ciência. Mas a tríade lévi-straussiana, em “Feiticeiro e sua magia” (1981), para a descrição da eficácia simbólica – a saber, curador-curado-sistema de cura – também vale para o nosso sistema de saúde atualmente operante. Do mesmo modo que aquelas pessoas precisam acreditar no poder de cura do feiticeiro e o feiticeiro precisa acreditar em sua capacidade de curar, nós, das sociedades euro-americanas, de contextos urbanos e

de conhecimento racional moderno, precisamos acreditar na capacidade dos médicos de curar, assim como eles precisam acreditar em si mesmos e em seus conhecimentos e ambos precisamos acreditar no sistema de saúde racional moderno como *modos operandi* de cuidado com a saúde. Dessa forma, enquanto sistema cultural no qual nos vemos inseridos, o sistema de saúde vigente que nos é familiar também precisa ser exotizado nos moldes propostos por Velho (1978), ao pensar sobre pesquisas com camadas médias. Talvez uma das maneiras mais rápidas e eficazes para isso pode se dar quando um antropólogo se insere no campo da saúde. Ao menos foi o que aconteceu comigo, uma vez dentro da saúde coletiva.

Pensando por esse prisma, aqui considerarei como antropologia na saúde aquela que se faz no interior do sistema de saúde biomédico vigente, tanto por meio de pesquisas nos serviços e/ou com políticas públicas como aquela praticada nas salas de aula e nas universidades a partir do ensino e docência – todos nos eixos da ciência moderna. Empiricamente, não raro escutamos “sou estudante de saúde”, “faço pesquisa em saúde” ou “sou da saúde”. E o que isso pode significar? Ao que parece, um espaço socialmente reconhecido como espaço profissional, de cura, de saberes e de cuidados operantes na sociedade brasileira atual. Mas esse estar na saúde parece, também, pressupor a ciência e, assim, uma ideia do que é ou poderia ser saúde. E nós, antropólogas, ali nos inserimos como estrangeiras ou estranhas no ninho, pois estamos em outros lugares, que não necessariamente na antropologia, mas fazendo antropologia.

Nesse espaço, aqui chamado *na* saúde, encontramos médicos, técnicos, farmacêuticos, gestores, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas e tantos outros, mas também professoras, aqueles que formam os futuros profissionais da saúde. Mas e as antropólogas? Por onde andam, se é que andam, nesse espaço? Elas são pesquisadoras nas e das instâncias governamentais ou são professoras desses futuros profissionais. E assim procuram fazer antropologia na saúde.

Sobre essa nossa presença, me lembro de uma discussão recente na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia, que aconteceu na PUC de São Paulo, em 2012, ano em que ingressava na UnB como professora e em que debatíamos avidamente as regras do sistema CEP/Conep para as ciências sociais. Naquele encontro, aconteceu uma mesa específica sobre o tema, e recorde-me de lá ter escutado, pela primeira vez, de uma colega: “mas nem todos nós estamos na antropologia, por isso precisamos sim pensar tais regras e esse sistema. Eu, por exemplo, estou na saúde coletiva e preciso trabalhar com o sistema CEP/Conep”.

O interessante é que não somos poucas ou perdidas nesses campos de atuação. Se nele já estávamos, ainda que de maneira bem tímida, enquanto consultores ou docentes dos cursos de medicina preventiva e medicina social das décadas de 1970 e 1980 e nos programas de pós-graduação pós-reforma sanitária, a partir da década de 1990, com o advento dos cursos de graduação em saúde coletiva e saúde pública na última década, nossa presença se multiplicou em ambientes de formação de profissionais de saúde, haja vista hoje contarmos com 25 cursos de graduação em saúde coletiva e todos eles demandarem cientistas sociais que ensinem e pesquisem na e sobre saúde. Sobre essa outra presença, bem mais recente e expressiva, bem como sobre suas consequências, penso que muito ainda temos que refletir, pesquisar e escrever. Trata-se de algo ainda recente e que pode aqui, por exemplo, passar a ser tematizado.

Vivemos teoricamente um *boom* de produções sobre a saúde coletiva enquanto campo (Birman, 2005; Campos, 2000; Nunes, 1985) nos anos de 1990, com artigos e pesquisas que debatiam o nascimento da saúde pública, o SUS e o papel das ciências sociais nesse ambiente (Canesqui, 1994; Loyola, 2012). Mas agora o momento me parece outro. Primeiro, porque somos mais (muito mais) antropólogas na saúde; é maior a nossa produção teórica e, assim, são mais intensas as leituras antropológicas do que significa a saúde, o estar na saúde ou, até mesmo, o fazer antropologia na saúde. Em uma pesquisa rápida no Scielo, por exemplo, pude perceber que já há um tempo não se publica ou se escreve sobre antropologia na saúde. Encontramos textos da última década sobre antropologia da saúde, mas não sobre a presença da antropologia na saúde, em seus processos de formação. Pode ser uma fase ou um período inicial de inserção, para que depois tenhamos o da reflexão. Sobre as equipes multiprofissionais *na e da* saúde, por outro lado, também pouco avançamos ainda, mas, no que tange à presença da antropóloga na graduação e na pós-graduação em estudos sobre a saúde, muitas de nós nos encontramos nesses ambientes e em regiões tão diversas como Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste.

Mas, afinal, como é pragmaticamente fazer antropologia nesse ambiente? Posso falar por mim e pensar com vocês a partir de nossas trajetórias: há cinco anos dou aulas de Saúde e Sociedade I, II e III; Antropologia da Saúde; Metodologias de Pesquisa Qualitativa em Saúde; Pesquisa em Saúde e Marcadores Sociais da Diferença; Saúde, Cuidado e Reconhecimento, entre tantas outras que compõem o eixo ou tronco comum denominado ciências sociais em saúde. O seu objetivo maior é ensinar o olhar social em saúde: qual seria essa dimensão nos e dos

processos de saúde e adoecimento, como valorá-lo, reconhecê-lo, mas também descortiná-lo. Nesse sentido, explora-se muito o que seria a diversidade social em saúde empírica, mas sobretudo teoricamente. Penso que nossa presença nesses ambientes põe em tensão o que, em outras disciplinas, é ensinado. Por um lado, vejo isso como positividade, mas, por outro, como uma prática cotidianamente desafiadora. Afinal, conversar com iguais por vezes pode ser mais simples.

Quando ingressei na UnB e na saúde coletiva, um colega sociólogo e professor de um Departamento de Sociologia me disse: “mas que ótimo, você estará na margem. Não estará na antropologia, mas em um ambiente fora dela. Você terá mais liberdade”. À margem ou na margem? Eis a questão que hoje me coloco, pensando mais uma vez a partir das grafias e do que pequenas expressões, conjunções e/ou acentos podem nos trazer de novo. Estar na margem, para esse colega, era poder escrever, pesquisar e ensinar a partir de um olhar criativo e independente.

Com o passar do tempo e a experiência de campo na saúde, fazendo antropologia na saúde, fui percebendo que o “na margem”, poderia ser “à margem”, mas também fora ou externamente a qualquer dos dois espaços, seja o da saúde ou o da antropologia. Em reuniões de colegiado, conselhos e discussões com colegas das áreas da saúde, muitas vezes nos debatíamos ao redor da semântica de palavras e práticas. Um caso para mim emblemático é, por exemplo, o termo “intervenção”. Nunca o havia escutado tanto antes. Mas na saúde é uma constante.

Já escrevi sobre essa minha surpresa ou “choque cultural” (Wagner, 2010) em outro momento (Carneiro, 2013), no entanto, em linhas gerais percebi que, entre os meus colegas, intervir é algo esperado e desejado do profissional de saúde. Implica fazer algo efetivamente, propor uma mudança, alterar um caminho, direcionar uma prática de cuidado. Por isso, os trabalhos finais das disciplinas de estágio, geralmente, envolvem uma intervenção nos serviços onde são realizadas – algo tem que ser proposto aos serviços de saúde por onde os estudantes passam ou em outros locais de cuidado com a saúde.

Ora, perguntava-me e ainda o faço: como ensinar a escuta, o olhar e a escrita (Oliveira, 2013), tão caros e básicos à antropologia se, em muitos momentos, a intervenção, entendida como procedimento ou proposta de atuação, é percebida com o padrão-ouro de formação? É um pouco similar ao que me contavam as mulheres com as quais convivi tentando compreender suas experiências de parto (Carneiro, 2015). Elas questionavam o *hands-on* dos profissionais de saúde e pleiteavam

o *hands-off*, ou seja, a pura espera, o desenrolar dos eventos antes de intervenções consideradas, por elas, desnecessárias.

Em que pese a proposta de ensino nos cursos de saúde ser atualmente a da interdisciplinaridade e a da presença das ciências sociais em sua grade, a antropologia ainda é considerada uma ciência menor. Não são raras as perguntas pelas variáveis de nossos estudos? A incompreensão de nossa escrita, de nossos métodos de aproximação, do que realmente importa aos nossos olhos e a valorização de práticas de cuidado que, para a biomedicina, seriam um (des)cuidado. As leituras fisiologicistas ou fisiológicas e de uma anatomia universal prevalecem. E, muitas vezes, as ciências sociais ficam ou como perfumaria, ou como a dimensão puramente altruísta diante da alteridade. Em sala de aula, por exemplo, já escutei de alunos que os sentimentos das pessoas eram guiados por hormônios, e que assim eles haviam aprendido em outras disciplinas de seus cursos. O importante parece ser ponderar que, seja como perfumaria, seja como altruísmo, no limite, em muitas situações ficamos à margem. Ou à deriva, por vezes, sem âncora nenhuma. Sem espaço reconhecido.

Recordo-me de uma outra passagem, de um outro contexto, em que uma estudante de medicina comentou: “temos uma disciplina de medicina da família, mas é muito chato e desnecessário”. Depois de anos ministrando Saúde e Sociedade 1 para calouros, também escutei dos alunos que não entendem por que retomam os clássicos ou estudam antropologia na faculdade de saúde que escolheram. Por isso, as disciplinas das ciências sociais em saúde são deixadas muitas vezes em segundo plano nas grades gerais, nas direções de curso, mas também por parte dos alunos. Sendo assim, se a medicina de família, a medicina preventiva e/ou o médico sanitário já padecem das hierarquias dentro da profissão, imaginemos as disciplinas de ciências sociais nesses ambientes...

É certo que muito já se caminhou nessa seara e que tantos outros olhares existem e operam. Mas também na pesquisa em saúde nos vemos à margem quando a metodologia de pesquisa qualitativa é questionada ou invalidada, ou então quando a etnografia é vista como biografia, puro método, uma ferramenta a ser aplicada e um *modus operandi* desprovido de cientificidade porque parcial. Lamento que o contato com as disciplinas de conteúdo antropológico apareça, geralmente, no início dos cursos de graduação em saúde, já que depois se investe em disciplinas específicas cada vez mais interventivas, que abandonam o olhar social em saúde. Mas, via de regra, é assim que funcionam e onde se inserem as antropologas, ou seja, nos primeiros anos de curso. No âmbito da

pesquisa, muitas somos questionadas sobre a validade de nossos estudos particularizados e situados para o campo mais amplo da saúde. De que adianta saber como os moradores daquela rua percebem diabetes e hipertensão quando não nos apresentam mostras epidemiológicas do assunto ou formas de implementarmos a política já existente? Para que ou por que nos interessa saber como aquela senhora é reconhecida em sua comunidade local, como boleira, ao identificar sua necessidade do uso do medicamento para diabetes? Ou por que refletir sobre a saúde daqueles que cuidam, sobre o gênero desse cuidado ou sobre os significados da droga para quem a consome? E assim tantas outras informações.

Ainda quanto à pesquisa, por outro lado, quando nos infiltramos em serviços de saúde ou instâncias de deliberação e formulação de políticas públicas de saúde, nos vemos também fora de lugar. Somos aqueles que não usam o jaleco branco, que são pouco compreensíveis nos espaços de cuidado, que não aplicam injeção, nada oferecem de medicamento e tampouco sabem fazer manobras. Somos os que querem escutar, mas nada sabem fazer. Ou então, perversamente, somos as avaliadoras das práticas daqueles que ali trabalham e, assim, somos as suas invasoras em potencial, por isso somos recebidas de maneira duvidosa. Portanto, malvistas. Escutar, ver e escrever funciona então, para esse grupo, como uma avaliação – muitas vezes negativa. Ou ainda, somos as que estão ali para ajudar de algum modo, oferecer algo ao serviço, algo em troca, e não somente para investigar, pois é necessária uma contrapartida prática. E assim, mais uma vez, ficamos à deriva. Fazer antropologia na saúde é estar à margem desse campo maior, na saúde. É ser o outro, o estranho, aquele que não faz algo. Os artigos e as pesquisas na saúde geralmente envolvem grupos grandes de pesquisadores, enquanto nós, cientistas sociais, temos uma tendência maior de produzir individualmente. Podemos fazer pesquisa escutando somente uma pessoa, podemos pesquisar sentimentos, refletir sobre as nossas dificuldades de campo, sobre o que deu errado, e não necessariamente nos balizarmos por um protocolo ou alguma revisão sistemática feita anteriormente. Nossas práticas de pesquisa são diferentes.

Essas são algumas das dificuldades para quem faz antropologia na saúde. Porém, as antropólogas docentes e investigadoras na saúde padecem também de sensação de fora do eixo ao retornarem à antropologia *status quo*, disciplinar, em congressos ou encontros acadêmicos. Ali, então, entendem-nos como antropólogos de uma “antropologia aplicada”, a serviço de algo, como operadoras da antropologia e, assim, como

aquelas que não realizam ciência pura, por não formarem iguais e por pensarem sobre utilidade e impactos públicos de suas pesquisas. Esse tem sido um grande debate entre quem tem feito antropologia da política pública, por exemplo. O contato com o campo da saúde e o seu olhar macro muitas vezes gera indigestão entre os demais colegas de área, e isso contribui para que a antropóloga na saúde fique ainda mais sem lugar.

O paradoxal é que se, na antropologia, percebem nossas pesquisas como trabalhos de utilidade, com um fim operacional e distante do rigor do pensar pelo pensar, ao apresentarmos nossa pesquisa pura na saúde, cobram-nos o contrário, a utilidade do estudo desenvolvido. E, assim, ficamos à deriva. Na margem. Uma margem que pode sim ser criativa e epicentro de muitas leituras do mesmo fenômeno, mas também um lugar de existência por vezes difícil, combativo e onde se está sempre na defensiva. Ou, ainda, em um não lugar. Por isso, procurei aqui contornar os dilemas e as dificuldades de fazer antropologia na saúde, para pensarmos teoricamente sobre nossa existência nesse lugar.

E isso porque é em tais entrelinhas que vejo a nossa maior contribuição: que é fazer da antropologia *na* saúde também uma antropologia *da* saúde, no sentido de estranhar, descortinar e compreender os códigos partilhados na saúde, desnaturalizando-os e tomando-os como um sistema cultural, temporal e situado. Assim, opera-se como a outra na saúde, uma alteridade marginal, mas que afeta e provoca visões universalistas e de manuais catedráticos e que, ao pensar sobre sua presença nesses ambientes, pode muito nos dizer sobre a prática da saúde na atualidade. A antropologia da saúde estranha a antropologia na saúde e assim constrói teoria antropológica sobre epistemologia e saúde. O sumamente interessante é que podemos começar tal prática reflexiva a partir de nossa existência na saúde, como docentes e pesquisadoras. Tomando nossos cotidianos, rusgas e departamentos como fontes de problematização, tomamos nossas vidas para pensar nas gráfiyas dos termos e dos campos de saber, por vezes, tido como espontâneos e automáticos. Fica então o convite: façamos mais antropologia da antropologia na saúde, tomemos nossas biografias, a nós mesmas como sujeitas a serem analisadas, sujeitos e campos em questão, rompendo com amarras existentes.

É possível e pode ser muito profícuo tal caminho, que nos pede coragem, mas também nos surpreende positivamente. Na última Semana Universitária da UnB, ao correr para chegar à sala de aula, olhei para as paredes, por vezes, tão assépticas da faculdade onde leciono e me

surpreendi com um cartaz do filme de Dona Flor, uma parteira do Moinho, região de Alto Paraíso (Goiás), de 79 anos, com 300 partos assistidos e 18 filhos criados. O filme estava ali, em um universo onde se ensinam, prioritariamente, procedimentos para a assistência ao parto ou, então, a origem e confecção de medicamentos. Mas Dona Flor, pelas lentes de Erica Bauer, cineasta e professora da UnB, ali também estava para fazer estranhar o ambiente.

Sua presença entranhada no cerrado, com as tomadas do filme em que o drone sobrevoava o Moinho, e pouco depois Flor caminhando coletando uma folha miúda à sua frente, sugeriam-nos o seu pertencimento àquele lugar. Mas, naquele instante, também me faziam pensar no quanto a sua presença naquelas paredes e naquele ambiente vinha para desnaturalizar olhares, posições de mãos e receituários médicos. Talvez, em alguma medida, nós antropólogas façamos o mesmo. Desentranhadas de nosso universo epistêmico, mas entranhadas em nossos modos de ver, ouvir e escutar antropológicos, talvez possamos conferir tomadas imagéticas da saúde, que ora ampliam, ora amiúdam o que se entende por cuidado, como o drone fazia no filme de Dona Flor, de maneira tão peculiar e sagaz. Uma paródia talvez para o que já classicamente foi denominado como “ver de longe e de perto”... Ou ver no perto o que está longe...

REFERÊNCIAS

Birman, Joel. A *physis* da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, suppl., p. 11-16, 2005.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

Canesqui, Ana M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves, Paulo C.; Minayo, Maria Cecília de S. (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Carneiro, Rosamaria. E o que faz/pode fazer um bacharel em saúde coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde. *Tempus Acta UnB*, v. 7, n. 3, 2013.

_____. *Cenas de parto e políticas do corpo*. RJ: Fiocruz, 2015.

Cyrino, Antonio et. Al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface*. v.20, n.56, 2016

Douglas, Mary. *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70, 1976.

Evans-Pritchard, Edward E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. Publicado originalmente em 1937.

Kofes, Suely; Manica, Daniela (org.). *Vidas e grafias: narrativas antropológicas entre biografia e etnografia*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

Langdon, Jean e Wilk, Flavio. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino americana enf.* 18 (3), p. 174-181.

Le Breton, David. Aspectos antropológicos da dor. In: _____. *Antropologia da dor*. 2013. p. 47-80.

Lévi-Strauss, Claude. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1981.

Loyola, Maria. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 9-14, 2012.

Nunes, Everardo D. Tendências e perspectivas da investigação em ciências sociais e saúde na América Latina: uma visão geral. In: _____ (org.). *Ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985. p. 31-79.

Oliveira, Roberto Cardoso de. “O trabalho do antropólogo: escutar, ouvir e escrever”. In: *Revista de Antropologia*, SP: USP, 1996, n 39.

Rivers, W. H. R. *Medicine, magic and religion*. London: Kegan Paul, Trubner & CO, 1927.

Turner, Victor. Um curandeiro Ndembu e sua prática. In: Turner, Victor. *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUff, 2005.

Velho, Gilberto. Observando o familiar. In: Nunes, Edson de O. (Org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-47.

Wagner, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac & Naify, 2010.

ANTROPOLOGIA NA E DA SAÚDE: ÉTICA, RELAÇÕES DE PODER E DESAFIOS

Octavio Bonet

Quando falamos em “antropologia na saúde”, entendo que esse “na” significa “a partir de”, ou seja, como fazer antropologia a partir do campo da antropologia da saúde, ou como fazer antropologia nos departamentos de saúde coletiva. Essa questão me coloca em uma situação interessante, porque em algum sentido eu não faço antropologia “na” saúde; faço “na” antropologia, mas “da” saúde, ou “em relação à” saúde.

As relações entre os campos são antigas, complexas, problemáticas e frutíferas, como podemos ver em inúmeros textos que tentaram descrever essas relações (Canesqui, 1995; Langdon; Wiik, 2010; Russo; Carrara, 2015, entre tantos outros). Tomarei essas relações e tentarei responder a partir de duas perspectivas: a primeira, mais concreta, diz respeito às consequências de trabalhar em uma área liminar com a saúde, inserindo-nos em conflitos que, a princípio, não são nossos, como a questão da ética em pesquisa.

A segunda perspectiva, mais pessoal, tenta responder à problemática de por que continuar fazendo antropologia da saúde. Essa pergunta tenta responder à incômoda sensação de que os estudos da biomedicina parecem perder interesse no cenário recente da antropologia. Essa questão me levou a pensar, invertendo a pergunta de Otávio Velho, “o que a antropologia pode fazer pela saúde?”, não só em tempo de crise, mas para além.¹

¹ Otávio Velho (2007) se perguntava o que a religião pode fazer por nós cientistas sociais; os novos movimentos religiosos poderiam se tornar interlocutores que comunicam alguma coisa sobre si, mas também teriam alguma coisa a dizer sobre nós mesmos.

CAMPO, ÉTICA E RELAÇÕES DE PODER

A primeira questão nos posiciona na discussão da ética em pesquisa, que é uma grande confusão, em relação à qual muito se tem escrito, sobretudo nos últimos anos, em razão do poder que os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) têm agora de quase impossibilitar investigações na área da antropologia da saúde (Duarte, 2004, 2015; Fleischer; Schuch, 2010; Fonseca, 2015; Heilborn, 2004; Oliveira, 2004; Sarti, 2015; Sarti; Duarte, 2013; Víctora, 2004).

Vou introduzir a questão retoricamente. Alguns anos atrás, assisti a um filme chamado *Balzac e a costureirinha chinesa*, baseado no romance do escritor chinês Dai Sijie. A história do filme se passa na China no final dos anos 1960, durante a revolução cultural de Mao Tse-Tung, e conta de dois amigos que são obrigados a morar numa aldeia camponesa para sua reeducação cultural. Levam escondidos livros proibidos, entre os quais vários de Balzac. Os dois amigos leem os livros para uma camponesa analfabeta, que, sob a influência das histórias ouvidas, decide partir da aldeia para o mundo. Na despedida, um dos amigos pergunta-lhe: “quem foi que te mudou?” E ela responde: “Balzac”. Achei a cena “boa para pensar” o devir da antropologia e pensei que a resposta à pergunta poderia ter sido outra: “você. Mas não fique triste, eu permiti”. Quero dizer, ele só conseguiu mudá-la porque ela tinha “desejo do outro”.

Acredito que essa história ajuda a compreender a complexidade dos encontros etnográficos. Estou interessado na dimensão ética da presença do antropólogo no campo e nas relações entre antropólogos e nativos. São relações híbridas, com características de amizade e de poder, nas quais os antropólogos se “nativizam” e os nativos se “antropologizam”. Isto é, nenhum dos dois sai incólume da situação.

Sempre pesquisei na área da antropologia da saúde, mas minha preocupação principal era a prática médica, o aprendizado da profissão e como isso afeta a formação dos *habitus* profissionais. Meu interesse estava na prática, e eu queria vê-la em “ação”, pois isso possibilitaria observar os sucessos, os conflitos, as incertezas; eu queria observá-los, e não obter um discurso construído. Poder-se-ia dizer, então, que meus “nativos” eram os médicos; e isso foi mais claro no hospital universitário da pesquisa do mestrado, onde eu acompanhava os chefes de residentes nas rondas matinais, assistia às “visitas de sala” (ou com um grande número de alunos e médicos professores); observava os pequenos grupos de médicos discutindo algum caso clínico (Bonet, 2004).

Nesses encontros etnográficos nos quais eu me constituía como antropólogo junto aos médicos, que se constituíam em nativos, existia um terceiro personagem: os doentes. Eles não faziam parte da pesquisa diretamente, mas dos encontros que eu observava; aliás, eram uma parte fundamental de toda a pesquisa e da prática médica. Ao redor deles se estruturavam os dramas sociais que se viviam no hospital (Bonet, 2004); os doentes eram os gatilhos dos conflitos, eram os que demandavam respostas. Com seu sofrimento, quebravam a rotina. Sobre eles também pousava o poder de sujeição do hospital e do saber médico. A condição para eu “estar” como antropólogo no hospital era me sujeitar ao poder da instituição médica, à “ordem médica” que apaga as subjetividades (Cravreul, 1983).

Como era um hospital-escola, havia médicos, médicos residentes, alunos, e todos entravam no quarto dos pacientes nas visitas de sala. Eu também. Cheguei a conversar com residentes sobre a dimensão de violência simbólica latente nesses encontros: mostrar uma lesão, tirar as cobertas, ser perguntado repetidas vezes por alunos sobre os seus sintomas. Os residentes percebiam, mas existia um estado das coisas que, aliás, funciona desde o nascimento da clínica, como bem mostrou Foucault (1991).

Todos bailávamos ao som da instituição médica. Eu tinha sido autorizado pelos médicos, “os donos do poder”. Para poder realizar esse trabalho, tinha conversado com o chefe do serviço, que um médico conhecido tinha me apresentado, e ele me disse: “eu não tenho impedimentos para sua pesquisa, mas tem que conversar com os médicos do serviço, porque você vai passar mais tempo com eles do que comigo. Venha na reunião dos médicos do pavilhão e explique sua pesquisa. Se eles aceitarem, pode fazê-la”. E foi isso que aconteceu. Enquanto alguns deles se mostraram interessados em ter uma visão “externa” da sua prática, fui ignorado pelos residentes. Acredito, com os anos passados, que o problema foi que fui apresentado pelo chefe do serviço. Tinha conseguido a autorização, mas não a “entrada”; a primeira se consegue rápido, já para a segunda temos de “estar”. Tive que superar a desconfiança deles e minha timidez; tive que ser paciente nas situações de “bando em fuga”, quando o antropólogo entrava na sala dos residentes. Tive de ficar muito tempo em silêncio, ouvindo conversas sobre qualquer assunto, e fazer muito chimarrão antes de começar a ouvi-los falar sobre o que estavam sentindo no seu processo de aprendizado.

Com o passar dos dias, comecei a sentir que eles se abriam mais, me perguntavam pelas minhas anotações e também sobre meu trabalho. Aos poucos, comecei a perceber que eu mesmo fui me soltando, perguntando mais e, ao mesmo tempo, tomando notas em intervalos mais espaçados. Pouco a pouco, fui tendo a sensação de estar cada vez mais “integrado”, sempre dessa forma estranha de estar e não estar, de imergir em um diálogo e de repente estar fora, pensando na situação com que me deparava.

A ideia, ao relatar minha experiência de entrada em campo, não é uma preocupação metodológica, mas tentar traduzir a experiência de criação gradativa do vínculo entre antropólogo e nativo e explicitar que esse vínculo se constrói no tempo. Para essa construção, não basta uma “autorização” ou um “consentimento informado”; é necessário o compartilhamento de situações que aproximem duas trajetórias, duas perspectivas sobre o mundo. É necessário que eles, “os nativos”, percebam com quem estão lidando, e para isso é preciso responder muitas perguntas. Mesmo assim, embora o acordo implícito fosse que eu observaria, anotaria e escreveria sobre as situações do cotidiano, um dia, numa reunião, um chefe de residentes perguntou: “Octavio vai poder assistir ao evento da tarde?” Como ninguém respondeu, perguntei: “por que não poderia?” E ele me disse: “porque o que acontece lá vai ter que ficar lá. Se você assistir, não pode nunca escrever sobre isso”.

Escrevi no meu caderno de campo, mas nunca publiquei sobre o que observei esse dia; imagino que eles sabiam que eu teria esse comportamento, por isso me deixaram presenciar.

A situação anterior pode ser associada a outra, que aconteceu no meu primeiro dia de campo, quando o chefe do serviço me perguntou: “trouxe jaleco?” Como eu não tinha, ele acabou me emprestando e tomando como dado que eu teria que vesti-lo para entrar no pavilhão. O que eu não lhe disse é que não tinha levado um jaleco propositalmente, porque tinha decidido não usar, já que não era médico e sim antropólogo. Mas ele não me deu essa escolha. Vestir jaleco era a condição para estar lá. Algumas semanas depois dessa situação, quis entrar no pavilhão sem levar o jaleco e fui barrado, porque pensaram que era a visita de algum paciente. Voltei à sala da residência, coloquei o jaleco e entrei sem ser barrado. Nesse momento, percebi o significado simbólico do jaleco, e a situação do primeiro dia ganhou outras conotações.

Essa situação no campo era tranquilizante para mim, num certo sentido, já que dar explicações do que eu fazia. Estava ali autorizado pelos médicos, os “donos do poder”. Os doentes nem notavam minha presença.

Ou isso era o que eu pensava até o momento em que uma paciente, Magdalena, perguntou a sua médica quem era esse médico que só tomava notas. Por ser muito observadora e curiosa a respeito do que se passava a seu redor, ela notou que havia um “doutor” que, nas “passagens de sala”, só escrevia em uma caderneta. Esse “doutor” era eu.

Um dia, entrei no quarto para falar com a residente que tratava Magdalena, que então me perguntou diretamente qual era o trabalho que fazia, já que ela sempre me via anotando, mas nunca falando nas passagens de sala. Sentei-me em sua cama e falamos do que eu estava fazendo, de sua doença, de sua família, da antropologia. Desde esse momento, Magdalena deixou de ser uma paciente qualquer e passou a ter um nome. Conversamos várias vezes.

Para quem eu tinha que pedir um consentimento informado? Supunha que os médicos protegiam os doentes e, além disso, não era claro se conversar com os pacientes fazia parte do “contrato”. E o que dizer sobre a qualidade de “informado” do “consentimento” que havíamos acordado (seja lá o que entenderam da minha, seguramente, confusa apresentação do projeto)? Sentia que a situação de sujeição ao poder médico em que me encontrava me livrava da responsabilidade para com os doentes, a quem eu informava das minhas atividades quando solicitavam, já que o foco da minha pesquisa era o processo de aprendizado dos médicos residentes.

É nesse mundo da experiência, mundo do meio, que se produz o encontro etnográfico, e nele é que se produz o conhecimento antropológico; é no encontro etnográfico que o antropólogo inventa, como diz Roy Wagner, “sua própria compreensão. As analogias que ele cria são extensões de suas próprias noções e aquelas da sua cultura, transformadas na sua experiência de campo” (1975, p. 12). Assim, na experiência de campo, nós inventamos uma cultura para eles e eles inventam uma cultura para nós (Wagner, 1975). Se, como diz Viveiros de Castro, o conhecimento antropológico “é o efeito das relações que constituem reciprocamente o sujeito que conhece e o sujeito que ele conhece, e a causa de uma transformação (toda relação é uma transformação) na constituição relacional de ambos” (2002, p. 114), então podemos dizer que é necessário que nos inventemos para inventar uma cultura e, nesse movimento, inventamos um outro para nós.

Nas polêmicas sobre ética em pesquisa nas ciências humanas, muito se escreveu sobre como entender a ideia implícita na expressão “fazer pesquisas envolvendo seres humanos”. Essa expressão foi traduzida, às vezes, como fazer pesquisas “em” ou “com” seres humanos (Heilborn,

2004; Oliveira, 2004). Penso que poderíamos incluir uma terceira possibilidade, a de fazermos pesquisa “junto” a seres humanos.

A expressão “junto”, diretamente associada ao trabalho etnográfico, nos direciona à ideia-chave de que tanto nós quanto os nativos nos formamos nessa relação; não somos entidades ou sujeitos constituídos que entramos em relação, somos sujeitos na relação. Na minha experiência antropológica de entrar pela primeira vez no hospital, comecei a ser antropólogo porque houve alguém que aceitou ser posicionado como nativo (como a costureirinha chinesa aceitou ouvir as leituras dos dois amigos). Até entrar no hospital eu, enquanto antropólogo, era uma virtualidade, e os nativos eram ainda uma virtualidade, enquanto nativos.

Tim Ingold (2012) propõe o princípio de união (*principle of togetherness*) para pensar linhas que se desenvolvem juntas, linhas que se tecem num mesmo movimento, um tipo de mútua resposta. Essa resposta é a convergência que constrói devires que se entrelaçam na malha da vida. Mas a malha e as entidades que se constroem nos devires não preexistem ao movimento de devir, e por isso podemos pensar na ideia de um conascimento. Eu era o antropólogo que me formava para o nativo, que se formava para mim, num ambiente que era o hospital, que era diferente para cada um de nós. Dizer isso não pode nos levar a pensar que não existem determinadas condições estruturais ou ideológicas: ser um hospital em um país latino-americano sujeito à epistemologia biomédica.

Entretanto, também não queremos dizer que essas duas características se manifestam sempre da mesma forma, mas que são atuadas (*enactment*) de diversos modos segundo situações específicas (Mol, 2002; Mol; Moser; Pols, 2010).

É por isso que a questão da ética em pesquisa se transformou num entrave para a antropologia “da” ou “na” saúde. Nesta está em jogo outra epistemologia, que implica a criatividade, a incerteza e o fluxo— uma epistemologia que se faz em virtualidades, que precisa de híbridos.

RELAÇÕES, DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES

Se podemos pensar, como sugeri no início deste capítulo, que a regulação da ética em pesquisa criou uma tensão na antropologia da saúde, proponho também pensar as relações entre antropologia e saúde de forma positiva: o que a antropologia pode fazer pela saúde? Essa questão é um corolário de outra que venho me perguntando há algum tempo: por que continuar fazendo antropologia da saúde?

Com essa pergunta em mente, na Associação Brasileira de Antropologia de 2012 propus uma mesa sobre antropologia da saúde, e chamei para apresentar três expoentes do campo: Jane Russo, Cynthia Sarti e Jean Langdon. Minha preocupação era de que as dimensões que constituem o processo de saúde-doença (pessoa, corpo, sofrimento, emoção, sexualidade, gênero) vinham ganhando importância nas últimas décadas, igualando ou deslocando os estudos específicos sobre as práticas da biomedicina enquanto instituição hegemônica. Em outras palavras, tinha a percepção de que o campo da antropologia da saúde estava sedesmembrando e os estudos sobre a biomedicina estavam sendo abrigados, principalmente, na área da saúde coletiva.

A ideia trazida por Jane Russo, 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, por exemplo) produziram uma socialização de questões médicas; ou seja, temas do campo biomédico passaram a ser olhados do ponto de vista social ou político. E assim, nesse movimento, se ressignificaram as relações entre antropologia e saúde coletiva e as oposições natureza e cultura, e corpo e mente.

A pergunta epistemológica sobre a relevância de continuar fazendo antropologia da saúde, especificamente de estudos sobre a biomedicina, nunca me deixou. E quando recebi o convite para a primeira Reunião de Antropologia da Saúde, que seria realizada em João Pessoa em 2015, apresentei a ideia de que, ao fazer etnografias em serviços de saúde, temos acesso ao que venho chamando de “resto”. O resto é aquilo que escapa à significação, que está para além do simbolizável; nos serviços podemos encontrar o resto, o Real, que se apresenta como esse sofrimento difuso, como aquilo que vaza das nossas categorias analíticas. O resto aparece nos relatos do sofrimento cotidiano dos usuários das clínicas da família que pesquiso como “angústia”, ou como “uma coisa que oprime o peito”.

Podemos perceber bem esse resto porque estamos moldados nessa virtualidade, nessa incompletude; isto é, lidamos bem com a incompletude, com a incerteza, com os “não sei” que povoam os nossos campos de pesquisa, porque são constitutivos do mundo da vida com que entramos em contato nos serviços de saúde.

Junto à ideia de “resto”, quero propor que realizemos um deslocamento para fazer novas perguntas. Esse deslocamento seria pensar nos “antigos” problemas da antropologia da saúde a partir do movimento de descentrar autores como Bateson, Ingold, Latour e Roy Wagner, por exemplo.

Poderíamos chamar esse movimento de “positividade das margens”, como um modo de ressaltar a “liberdade das margens”– a possibilidade de misturas que a margem traz inerentemente. Lidamos, novamente, com a ideia do “na” antropologia, se fôssemos pensar a antropologia na saúde coletiva. Estou focando o que seria fazer antropologia “na” saúde pensada como uma posição positiva, a partir da criatividade envolvida nas margens, e não como uma posição negativa tributária dos conflitos internos a um campo interdisciplinar.

A transmissão dessa habilidade constitutiva da antropologia da saúde de fazer “nas margens”, de lidar com a incerteza, com o “resto” nos serviços de saúde, pode ser uma primeira resposta para a pergunta do que a antropologia pode fazer pela saúde. Assim, essa primeira resposta diz respeito a continuar fazendo etnografias, acessando a vida enquanto esse emaranhado de linhas que abrange a micropolítica dos afetos, a economia dos sofrimentos, dos conflitos e das alegrias. Essas etnografias são possíveis pelo princípio de união (*togetherness*), da correspondência em que nossas linhas de vida entram com as dos profissionais e dos usuários quando fazemos etnografia.

Ainda podemos ter mais duas respostas, que podem ser um tanto mais polêmicas. A segunda resposta se associa à pergunta de por que temos que continuar *somente* produzindo conhecimento. Não podemos fazer mais pela saúde? Não só pelo campo da saúde coletiva, mas pela saúde dos nossos colaboradores das pesquisas? Uma primeira via de resposta para estas questões se associa ao destino das nossas pesquisas: qual é esse destino? Pensei nessa questão pela primeira vez participando de uma banca de doutorado no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ sobre uma etnografia num serviço para tratar transtornos alimentares (Vianez, 2015). Priscila Vianez é formada em nutrição e, por essa razão, tinha interesse em fazer propostas para melhorar seu funcionamento. Quando li sobre os problemas que a autora apresentava sobre o serviço, pensei que esses problemas apareceram muitas vezes em diferentes teses, em diferentes serviços de atenção básica ou de diferentes especialidades. Espantou-me como se repetem os problemas e como nós já sabemos disso, pelos diálogos que estabelecemos nas defesas, ou nos encontros acadêmicos. E fiquei me perguntando sobre o que fazemos com essa informação.

Talvez deveríamos começar a pensar em uma sistematização mais estruturada. Como comunicar uma informação que seja útil aos gestores 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?

Acho que, nesses tempos de crise, não pode nos bastar fazer etnografias e produzir conhecimento (não que não seja necessário); temos também que propor novas ideias, que, sabemos, irão melhorar os serviços. Sabemos disso porque estivemos ali, porque mergulhamos no cotidiano e testemunhamos os problemas, os entraves cotidianos. É importante frisar que isso não quer dizer que somente nós vemos esses problemas, mas sim que nos dedicamos a produzir uma reflexão sistemática sobre eles.

A segunda resposta, talvez a mais arriscada de ser aceita, me surgiu lendo a tese de Leonardo Campoy (2017). Campoy fez uma etnografia em um serviço para famílias com crianças com transtorno de espectro autista. Ao acompanhar os atendimentos e ver os sofrimentos desses pais e dessas crianças, ele se perguntou como podem os pais de uma criança autista criar o vínculo com ela, quando a própria criança não estabelece o contato. Como ajudar no sofrimento dessa família? E “será que como antropólogo não posso fazer mais por esses adultos e por essas crianças além de um texto? Será que as etnografias em serviços de saúde, não podem gerar mais conhecimentos práticos e aplicados?” (Campoy, 2017, p. 60).

Numa consulta de que participou, na qual um menino autista demonstrou dotes interessantes para a música, Campoy perguntou à mãe se ela não tinha pensado em considerar a musicoterapia para o filho. Após fazer a pergunta, olhou para a doutora esperando uma reprimenda por ter se excedido na sua condição de observador, mas se surpreendeu quando a médica disse: “é verdade, a musicoterapia pode ser um ótimo estímulo para ele, vale uma tentativa, sim”. Para ele, essa consulta observada foi fundamental para pensar como a antropologia pode atuar na saúde mental infantil para além da produção de um texto. Campoy entendeu, com a observação de que através da música o menino entrava em contato com o mundo, que aquele era seu modo de comunicar, de se expressar. A partir dessa constatação, disse:

se a mãe partisse dessa percepção, talvez conseguisse, a um só tempo, estimular a comunicação significativa da criança e entender melhor o que ela quer, sua maior dificuldade como cuidadora. Aparentemente, ela não concebia sua relação com a criança nesses termos. [...] Será que esses impasses em linguagens e traduções não poderiam ser, se não

resolvidos, ao menos melhor esclarecidos por um *especialista em relações entre diferenças*? Em outras palavras, será que a intromissão que sugeriu a musicoterapia não poderia ser mais produtiva para a mãe, a neuropediatra e principalmente para a criança se não fosse feita como uma brusca interferência na consulta da doutora, mas, ao contrário, como uma sessão com um antropólogo? Eis aí como a experiência etnográfica na realidade da clínica sugere uma antropologia prática voltada à saúde mental infantil (Campoy, 2017, p. 60, grifos do autor).

Faz-se necessário esclarecer o que quero dizer com produzir *somente* conhecimento ou *somente* um texto (citando Campoy). A ideia não é dizer que não temos que produzir conhecimento, nem que não temos que fazer textos e reflexões. Temos que fazê-lo, sim, porque isso nos permitiu acumular um saber a partir do qual agora temos algo a dizer e fazer. A preocupação de Vianez de que seu trabalho contribua para o serviço e a intuição de Campoy, que o levou a propor pensar a “antropologia como uma prática do cuidado” e o antropólogo “como um especialista em relações entre diferenças” (2017, p. 60), são produto desse saber que está esparsos nos textos que produzimos ao longo de várias décadas.

A MODO DE CONCLUSÃO

Podemos continuar a fazer textos e, ao mesmo tempo, podemos dizer que fazer antropologia *na e da* saúde, em tempos de crise, nos força a repensar os limites da nossa prática e explicitar que temos mais a dizer, que temos coisas a propor sobre as situações em que nos vemos envolvidos quando fazemos pesquisa.

Considero que sistematizar e nos apropriar desse saber nos permitirá produzir práticas de intervenção. Um exemplo do que estou dizendo se deu no debate sobre a ética em pesquisa nas ciências humanas, no qual a antropologia teve um papel fundamental (como bem mostra a literatura sobre o tema citada na primeira parte deste texto). Será que queremos nos apropriar desse lugar-saber, em relação a outros temas que integram o leque de questões da antropologia da saúde?

REFERÊNCIAS

- Bonet, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- Campoy, Leonardo. *Sociedade do autismo: etnografia de vida*. Tese (Doutorado)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- Canesqui, Ana Maria (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- Clavreul, Jean. *El orden médico*. Barcelona: Argot, 1983.
- Duarte, Luiz F. D. Ética de pesquisa e “correção política” em antropologia. In: Víctora, Ceres et al. (orgs.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EDUFF/ABA, 2004. p. 125-130.
- _____. A ética em pesquisa nas ciências humanas e o imperialismo bioético no Brasil. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 3, n. 5, p. 31-52, 2015.
- Fleischer, Soraya; Schuch, Patrice (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres; Editora Universidade de Brasília, 2010.
- Fonseca, Claudia. Situando os comitês de ética em pesquisa: o sistema CEP (Brasil) em perspectiva. *Horizontes Antropológicos*, v.21, n.44, p. 333-369, 2015.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. México: SigloXXI, 1991.
- Heilborn, Maria Luiza. Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. In: Víctora, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EDUFF/ABA, 2004. p. 57-64.
- Ingold, Tim. *Ambientes para la vida: conversaciones sobre humanidad, conocimiento e antropología*. Montevideo: Trilce, 2012.
- Langdon, Esther Jean; Wiik, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.18, n.3, p.459-466, 2010.
- Mol, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- Mol, Annemarie; Moser, Ingunn; Pols, Jeannette (org.). *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript, 2010.

Oliveira, Luís R. C. de. Pesquisa em versus pesquisas com seres humanos. In: Víctora, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EDUFF/ABA, 2004. p. 33-44.

Russo, Jane Araujo; Carrara, Sergio Luis. Sobre as ciências sociais na saúde coletiva – com especial referência à antropologia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 467-484, 2015.

Sarti, Cynthia. A ética em pesquisa transfigurada em campo de poder: notas sobre o sistema CEP/Conep. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 3, n. 5, p. 79-96, 2015.

Sarti, Cynthia; Duarte, Luiz F. D. (orgs.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*, ABA, 2013.

Velho, Otávio. G. A. O que a religião pode fazer pelas ciências sociais? In: _____. *Mais realistas do que o rei: ocidentalismo, religião e modernidades alternativas*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2007, p. 247-257.

Vianez, Priscila da Silva Castro. *Desafios da atenção à anorexia nervosa em adolescentes: uma pesquisa etnográfica em serviço de saúde do RJ*. Tese (Doutorado)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Víctora, Ceres. Ética de pesquisa em equipe multidisciplinar. In: Víctora, Ceres et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EDUFF/ABA, 2004. p. 83-90.

Viveiros de Castro, Eduardo. O nativo relativo. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

Wagner, Roy. *The invention of culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 1975.

ENGAJAMENTO ANTROPOLÓGICO E POLÍTICAS PÚBLICAS: A FORMAÇÃO DE REDES INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE INDÍGENA

*Esther Jean Langdon
Ari Ghiggi Jr.*

Este capítulo caracteriza os princípios e modos de engajamento que representam a perspectiva “crítica” na América Latina como tem se apresentado no Brasil através da formação e consolidação de redes interdisciplinares em saúde indígena com raízes no movimento de reforma sanitária. A reforma sanitária fez parte do retorno à democracia após duas décadas de ditadura no Brasil. Foi também parte do movimento mais amplo de medicina social na América Latina guiado por uma noção positiva de saúde integral, em contraponto ao modelo estatístico epidemiológico de saúde pública, e orientado pelas ciências sociais para acessar as dimensões culturais e políticas das práticas e condições sanitárias. A reforma brasileira, conhecida como *saúde coletiva*, promoveu o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na municipalização da atenção primária para garantir o direito universal à saúde e promover a participação social.

A Primeira Conferência para a Proteção da Saúde Indígena foi realizada em 1986 com o objetivo de discutir a provisão de atenção primária para os povos nativos diante da proposta de municipalização e das discussões globais em torno dos direitos indígenas e da diversidade cultural. Com a participação de lideranças indígenas, profissionais de saúde, representantes de organizações não governamentais (ONGs) e antropólogos, a conferência marcou o início de uma longa batalha que culminou na criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, e na

definição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002). A inclusão de pesquisadores na conferência também marcou o início de uma rede entre antropólogos e outros interessados em contribuir com as políticas de saúde indígena e com a promoção da atenção primária a partir de uma perspectiva democrática e multicultural.

A posição crítica da rede de pesquisa em saúde indígena tem recebido pouco reconhecimento. Como parte do campo mais abrangente de antropologia da saúde no Brasil, os estudos em saúde indígena compartilham interesses pelas transformações das práticas de saúde e políticas públicas. Estes estudos juntam-se aos esforços na América Latina em desenvolver conceitos adequados para entender as especificidades regionais e a pluralidade de práticas terapêuticas. Assim, este texto examina a história do engajamento e de investigações estratégicas relacionadas às políticas de saúde para indígenas. Além de analisar a promoção de serviços de saúde em um contexto intercultural e democrático, membros desta rede participam ativamente de fóruns em saúde, cursos de extensão para trabalhadores da saúde e avaliação e desenvolvimento de programas. Observamos também a contribuição para a construção de conceitos capazes de capturar a perspectiva “crítica” latina.

ABORDAGEM CRÍTICA LATINO-AMERICANA

Como Seppilli e Otegui (2005) apontam em sua introdução ao número especial da *Revista de Antropología Social* dedicada às pesquisas em saúde, a abordagem “latina” não é identificada pelo rótulo de “antropologia médica crítica”, como aconteceu nas antropologias do Norte global. Décadas antes de sua emergência, nos anos 1990, o antropólogo mexicano Guillermo Bonfil Batalla (1966) expressou a abordagem crítica latino-americana, argumentando que fatores estruturais econômicos e políticos são responsáveis por condições precárias de saúde – e não as práticas culturais, como afirmado pela antropologia aplicada norte-americana. Processos históricos e políticos regionais definem os problemas estudados pelas antropologias da saúde sul-americanas. Isto inclui a consciência da situação colonial, o impacto do desenvolvimento tardio do capitalismo e da modernização e, no caso do Brasil, o movimento da reforma sanitária dos anos 1970 e 1980, que promoveu a saúde integral como um direito de todos os cidadãos e como uma responsabilidade do Estado. É importante reconhecer que a hegemonia biomédica na América Latina não erradicou outras práticas. A região é caracterizada pela grande diversidade de

sistemas terapêuticos autônomos que continuam a exercer importantes papéis no campo da saúde, uma situação diferente dos países do Norte, onde o pluralismo médico é bastante limitado (Cueto; Palmer, 2015). A articulação autônoma entre estas práticas na busca por atenção à saúde por indígenas, afrodescendentes e grupos populares ao longo de toda a América Latina deve ser percebida tanto no campo político como no terapêutico.

A posição crítica da antropologia da saúde no Brasil rejeita o rótulo de antropologia médica, percebendo que ele subordina o conhecimento antropológico à reprodução do empirismo biológico e psicológico das ciências médicas para entender sofrimento e emoção (Sarti, 2010). Pesquisas entre populações indígenas procuram entender o impacto das práticas discriminatórias e do desenvolvimento econômico nas condições de saúde (Coimbra; Santos, 2000; Coimbra et al., 2002), assim como documentar a multiplicidade de sistemas de conhecimento e relações políticas entre profissionais de saúde e populações atendidas (Teixeira; Silva, 2013). Em colaboração com outros latino-americanos, os pesquisadores brasileiros procuram desenvolver conceitos adequados para compreender os efeitos da expansão da hegemonia biomédica e das relações de poder assimétricas subjacentes. Desde seu princípio, a rede de pesquisa procurou construir, com as populações estudadas, políticas públicas mais adequadas e promover serviços que reconhecem a multiplicidade de práticas, a autonomia e a articulação, pelas populações-alvo, de diversas tradições médicas, incluindo a biomedicina.

POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E FORMAS DE ENGAJAMENTO

Antes do estabelecimento do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, havia poucos serviços e não existiam políticas de saúde para populações indígenas. Equipes volantes de saúde da Fundação Nacional do Índio (Funai) e ONGs ofereciam alguns serviços, e a maioria dos grupos tinha pouco ou nenhum acesso às instituições públicas de saúde. A primeira Conferência para a Proteção de Saúde Indígena, em 1986, examinou as condições precárias de saúde, o papel e a importância das práticas tradicionais e a demanda dos indígenas por um sistema de saúde próprio baseado na diferença étnica. Quatro setores da sociedade brasileira participaram: agências governamentais, ONGs, instituições de pesquisa e povos indígenas. O considerável número de representantes indígenas era evidência do seu movimento crescente, que cumpriu importante

papel no processo de reforma constitucional. As resoluções conclusivas da conferência clamavam pelo estabelecimento de um sistema específico, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, para a promoção de serviços de saúde, a construção de um modelo de “atenção diferenciada” que respeitasse as particularidades culturais e práticas tradicionais e a inclusão das comunidades indígenas no planejamento, na organização, na execução e na avaliação dos serviços de saúde. Também houve a recomendação da participação de antropólogos em equipes de saúde. Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte incorporou estes princípios e garantiu o direito à atenção à saúde integral e diferenciada para os povos indígenas.

Em 1988, aconteceu em Belém, Pará, um encontro sobre Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia (Buchillet, 1991), reunindo profissionais de saúde e antropólogos engajados em pesquisa e no desenvolvimento da política de saúde indígena. Na conclusão do encontro, propuseram uma rede de pesquisa sobre saúde dos povos indígenas e a diversidade de contextos e culturas nas várias regiões do Brasil para prover subsídios no desenvolvimento de políticas públicas e serviços. Apesar de este grupo nunca se constituir formalmente, sua composição interdisciplinar e o objetivo de contribuir para a pesquisa e para políticas públicas formaram as bases do que, mais tarde, foi formalizado como Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A década de 1990 foi marcada por esforços em construir políticas de saúde de acordo com os princípios assinalados na Primeira Conferência (acesso universal, atenção diferenciada e controle social) e promover cobertura universal em todas as terras indígenas. O decreto presidencial de 1991 estabeleceu a Coordenação de Saúde Indígena (Cosai) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) como responsável pelos serviços de saúde para indígenas. No mesmo ano, a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (Cisi) foi criada para oferecer consultoria técnica ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Esforços para estabelecer políticas e serviços de saúde adequados marcaram toda a década de 1990 através de conferências e outros eventos organizados por agências governamentais, associações acadêmicas e instituições de pesquisa. Porém, a falta de definição dos papéis dos atores e o financiamento inadequado perduraram por toda a década até a aprovação do Subsistema de Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999. Com a aprovação do subsistema, recursos financeiros significantes foram injetados na provisão de

serviços de saúde diferenciados e DSEIs foram organizados, assim como conselhos locais e distritais, com o propósito do controle social democrático pelas comunidades (Garnelo, 2012).

Durante a década, uma rede de antropólogos e profissionais de saúde formou-se através de conferências, fóruns e eventos para discutir a política de saúde indígena. Três modos de atividades podem ser identificados: pesquisa estratégica, representação em fóruns governamentais para a construção política e programas de avaliação e treinamento para profissionais de saúde. Todos três representam formas de engajamento político, com lideranças indígenas, para construir políticas e serviços para garantir acesso universal, articulação com práticas nativas e participação comunitária. A mais óbvia expressão política deste engajamento tem sido a participação como consultores ou membros de fóruns designados para elaborar, assessorar e avaliar políticas de saúde indígena e serviços. Tanto a Abrasco como a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) possuem representação na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi). Durante a década de 1990, o Cisi promoveu a aprovação do Subsistema de Saúde Indígena baseado na organização em distritos sanitários e, desde então, tem exercido seu papel no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde indígena (Cisi, 2006; Teixeira; Simas; Costa, 2013).

A rede cresceu dentro de um contexto interdisciplinar e internacional, engajando cientistas sociais e profissionais da área médica que combinam pesquisa com indígenas com preocupações políticas. Além dos fóruns governamentais, há eventos científicos nacionais e internacionais, como os organizados pelo Fórum Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina e os congressos da Abrasco. No Brasil, a rede tem se consolidado a partir da formação do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da Abrasco, em 2000, que assumiu uma agenda acadêmica e política. Composto por professores e investigadores de diversos campos da saúde coletiva, ciências sociais, epidemiologia, administração e planejamento, o grupo propõe e participa de debates relevantes na Abrasco e em diferentes instâncias do SUS que dizem respeito à saúde indígena. Seus membros têm atuado como representantes em diferentes conselhos e comissões, como a Cisi e o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), do Ministério da Saúde, assim como naqueles que apoiam pesquisa e ensino de graduação. O Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (Opas) têm indicado membros do grupo de trabalho para comitês que definem prioridades e avaliações de pesquisa. Entre 2008 e 2010, o grupo dirigiu o Primeiro Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição em

Povos Indígenas (Coimbra et al., 2013). Além disso, organiza oficinas, minicursos e sessões para os congressos da Abrasco e para outras associações, como a ABA e o Fórum Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina. Representantes governamentais participam nos seus *workshops* para discussões sobre políticas.

Com 14 membros oficiais, o grupo é o núcleo da rede mais ampla que tem trabalhado e colaborado por mais de duas décadas em todo o Brasil e na América Latina, incluindo Argentina, Venezuela, Colômbia e México. Muitos participantes combinam antropologia com sua formação nas ciências biomédicas e biológicas e são associados com instituições médicas. Os antropólogos, preocupados com questões políticas e sociais, estão localizados em departamentos de antropologia em universidades em todo o país. É importante enfatizar a natureza interdisciplinar deste grupo, no qual um número considerável dos profissionais de saúde desenvolve métodos qualitativos em conjunto com abordagens quantitativas características das ciências médicas.

PESQUISA ESTRATÉGICA COMO ENGAJAMENTO CRÍTICO: O NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE SABERES E SAÚDE INDÍGENA

Examinaremos aqui, como um exemplo de pesquisa estratégica, as atividades do Núcleo de Estudos sobre Saberes e Saúde Indígena (Nessi), oficialmente formalizado em 1994 por pesquisadores do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O grupo tem mantido seu caráter interdisciplinar desde seu início, na década de 1980, uma vez que todos os membros são comprometidos com a valorização da pesquisa etnográfica de longa duração para entender problemáticas de saúde global e nacional em níveis locais e para contribuir para as políticas públicas. Seus membros fazem parte do Grupo de Trabalho da Abrasco, assim como da rede de pesquisa em saúde do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (IBP).¹ Fundado em 2009, o IBP tem contribuído significativamente para a expansão da rede.

As pesquisas do Nessi caracterizam a abordagem brasileira crítica em antropologia, reafirmando dois princípios importantes no método etnográfico e na teoria: diálogo e pluralismo de conhecimentos. Dada sua

¹ IBP é um programa de pesquisa interinstitucional organizado em torno da pesquisa antropológica voltada para o subsídio na formulação e implementação de políticas públicas, assim como para as lutas políticas das comunidades estudadas.

natureza interdisciplinar, o Nessi esforça-se para dialogar com diferentes disciplinas em saúde e com as comunidades indígenas estudadas via método etnográfico. Desde 2009, com a fundação do IBP, o grupo tem intensificado suas colaborações com outros países da América Latina, particularmente México e Colômbia, mas também Venezuela, Argentina e Chile (Langdon; Cardoso, 2015). Além da pesquisa comparativa, o Nessi participa de discussões teóricas e metodológicas relevantes para o desenvolvimento de conceitos adequados para o contexto da América Latina. Os pesquisadores do Nessi estão interessados no exame das relações de poder e de autonomia nos níveis locais, como expressos nas práticas de itinerários terapêuticos e relações entre a hegemonia dos serviços biomédicos e as populações indígenas alvo destes serviços.

No diálogo com pesquisadores da rede da Abrasco e de outros países, membros do Nessi examinam conceitos que focam a natureza política das práticas de saúde, tanto em estudos etnograficamente orientados para iluminar a pluralidade de conhecimentos como em estudos focados na política de saúde e sua implementação. Em particular, alguns conceitos de Eduardo Menéndez (1992, 2003, 2009) têm sido úteis, tais como modelos de atenção, práticas de autoatenção, alcoolização e modelo médico hegemônico. Menéndez está preocupado com uma abordagem relacional que reconheça os pluralismos médicos e recursos terapêuticos para além da biomedicina, assim como a agência dos grupos sociais na busca por prevenção ou resolução de problemas de saúde. Termos como “medicina tradicional/indígena” e “etnomedicina” tendem a homogeneizar e retratar de forma estática a diversidade de práticas de saúde presentes na América Latina. O conceito de práticas de autoatenção enfatiza autonomia, agência, heterogeneidade, dinâmicas de saberes e práticas de atenção à saúde.

Menéndez define práticas de autoatenção como “as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais” (2009, p. 48). Ele sublinha o caráter autônomo destas práticas e descreve dois níveis analíticos. O sentido amplo é relacionado com todas as formas de práticas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos ao nível local, em especial os grupos domésticos. Práticas de autoatenção neste nível incluem não apenas o cuidado e a prevenção das doenças, mas também

os recursos ambientais e corporais, as normas alimentares e higiênicas, a organização social, os rituais e outras práticas que mantêm o bem-estar integral do grupo. Este conceito aponta para práticas, socialidades e ontologias que estão além do domínio biomédico da saúde ou do sofrimento e dizem respeito à reprodução social e cultural tanto quanto a biológica. O segundo nível é mais restrito e refere-se principalmente às estratégias, científicas ou não, de representação da doença e às práticas de cuidado e restauração. Muitas das pesquisas “qualitativas” conduzidas por pesquisadores biomédicos reconhecem somente o nível restrito, ignorando os processos sociais e culturais mais amplos que são centrais para a saúde integral (Menéndez, 2012).

O conceito de práticas de autoatenção enfatiza a autonomia e criatividade das coletividades sociais, principalmente a família como grupo nuclear que articula diferentes possibilidades terapêuticas disponíveis nos contextos interculturais (Menéndez, 2016). Diferentemente do que a biomedicina chama de “autocuidado”, este conceito muda o foco da ação do profissional de saúde para o grupo local. Enquanto o autocuidado implica a adesão do paciente aos valores e às instruções biomédicas, a autoatenção enfatiza a autonomia do grupo doméstico do paciente na articulação dos recursos terapêuticos disponíveis, independentemente de suas origens, na criação de novas articulações. O conceito muda o foco de atenção dos profissionais, médicos ou curadores tradicionais para analisar o indivíduo e seu grupo como atores centrais nos dramas de saúde (Menéndez, 2016). Ele também liberta a análise das dicotomias binárias, como tradicional/moderno, ciência/magia, natural/sobrenatural e pessoal/impessoal, que têm minado as discussões antropológicas sobre medicina “primitiva” desde suas origens e que continuam a fazer parte das imagens da saúde indígena como primitiva e estática.

“Intermedicalidade”, outro conceito desenvolvido pelo grupo, ilumina aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas interações entre profissionais da medicina e grupos indígenas, além da incorporação e apropriação pelos indígenas das substâncias e práticas biomédicas. Este conceito foi introduzido no Brasil por Maj-Lis Follér (2004) para analisar a assimetria nas relações, assim como o hibridismo de práticas numa zona de contato, entre a equipe médica dos *Médecins sans Frontières* e os Shipibo-Conibo. Follér indica que a intermedicalidade aponta para a expansão dos serviços biomédicos entre povos indígenas como uma zona de contato na qual a realidade social é construída por negociações

entre sujeitos politicamente ativos, reconhecendo que todos os atores são dotados de agência social.

Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, são úteis para demonstrar como, apesar de sua expansão contínua, a biomedicina não se sobrepõe às formas de conhecimento e práticas indígenas (Ghiggi Jr., 2015, 2017). A pesquisa etnográfica guiada por estes conceitos tem direcionado atenção às dinâmicas corporais, sociais e cosmológicas envolvidas na reprodução biossocial no sentido mais amplo, demonstrando que a saúde deve ser compreendida em uma perspectiva que reconheça a pluralidade e dinâmica dos sistemas de conhecimento e os processos relacionados ao corpo, às formas de socialidade, à cosmologia e à ontologia (Oliveira, 2009; Oliveira, 2011; Scopel et al., 2012; Silveira, 2011).²

Estes conceitos também têm sido úteis para focar a agência indígena, no que diz respeito às condições de saúde que são objeto dos programas governamentais de intervenção. Portela García (2010) examinou as práticas de autoatenção entre pacientes indígenas Kaingang diagnosticados como portadores de diabetes e hipertensão arterial. Sua descrição etnográfica de um programa de atendimento a estes pacientes e da interação entre os membros da equipe de saúde e os Kaingang demonstrou comunicação assimétrica, linear e unidirecional, que ignorava comentários e percepções dos pacientes indígenas. Estas interações podem ser tomadas como um claro exemplo de hegemonia comunicativa (Briggs, 2005), um conceito associado aos processos gerais do modelo médico hegemônico (Menéndez; DiPardo, 1996).

Outros estudos etnográficos examinam práticas de autoatenção e relações assimétricas entre povos indígenas e trabalhadores das equipes de saúde, incluindo o abuso de álcool entre os Kaingang (Ghiggi Jr., 2010; Ghiggi Jr.; Langdon, 2013, 2014), o papel dos fatores econômicos e estruturais que limitam a capacidade das famílias de cuidar de pacientes diagnosticados com problemas de saúde mental entre os Guarani-Kaiowa (Silva; Langdon; Ribas, 2013), o uso de medicamentos (Diehl, 2016; Diehl; Almeida, 2012; Diehl; Grassi, 2010) e a expansão dos programas de

² O estudo de Nádia Silveira (2011) em uma comunidade Guarani demonstra como, apesar de as práticas alimentares terem se transformado ao longo dos anos, as atividades diárias de preparação e consumo de comida continuam refletindo princípios cosmológicos amplos em seu universo. A etnografia de Diogo de Oliveira (2011) sobre conhecimentos e práticas relacionadas à agricultura entre os Guarani contribui para compreender as relações entre subsistência e cosmologia. Daniel Scopel et al. (2012) examinam a relação entre práxis de autoatenção e cosmologia entre os Munduruku do Amazonas.

saúde materna sobre as práticas de gestação e parto entre os Munduruku (Dias-Scopel, 2015). Focando as perspectivas indígenas e as ações dos microgrupos, estes estudos contribuem para a avaliação do princípio de “atenção diferenciada”,³ como definida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), e a adequação cultural para intervenção e interação entre equipes médicas e povos indígenas. São estudos críticos e estratégicos, no sentido de elaborar descrições etnográficas examinando perspectivas locais diante da natureza política das interações entre pacientes indígenas e profissionais dos serviços de saúde.

Um segundo impulso de pesquisa desenvolvido pelos membros do Nessi reflete um foco político explícito na garantia do Subsistema de Saúde Indígena de “acesso universal, articulação com conhecimentos e práticas indígenas, e participação dos cidadãos em todas as fases de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde” (Brasil, 2002, p. 8). Investigadores do Nessi têm analisado o potencial da participação e governança em três esferas instituídas pelo subsistema: presença dos agentes indígenas de saúde (AIS) nas equipes multiprofissionais de saúde (Diehl et al., 2012; Langdon et al., 2006, 2014), representação nos conselhos locais e distritais de saúde (Langdon; Diehl, 2007) e organizações indígenas como promotores da atenção primária terceirizada (Diehl; Langdon, 2015). Estes estudos têm sido guiados por questões acerca da habilidade dos atores indígenas para exercer sua agência e reclamar direitos em diferentes espaços de interação intercultural criados pelo Estado desde o final do século XX (Diehl; Langdon, no prelo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede de saúde indígena, representada pelo Grupo de Trabalho em Saúde Indígena e pelo Nessi, é interinstitucional, interdisciplinar, internacional e política. É composta por profissionais de saúde e antropólogos associados a instituições acadêmicas e de pesquisa comprometidas com a colaboração interdisciplinar. Sua posição crítica se evidencia por questões políticas e de pesquisa que focam as relações

³ Atenção diferenciada clama pelo reconhecimento e respeito das práticas e conhecimentos indígenas, assim como a articulação, ou incorporação, de suas práticas pelos profissionais de saúde. Comumente referenciado como “interculturalidade” na América Latina, no Brasil é um conceito imprecisamente definido, que tende a perder sua natureza política (Langdon; Garnelo, 2017).

de poder e os serviços de saúde em contextos interculturais. São pesquisadores engajados cujas atividades têm construído uma forte interface entre pesquisa e defesa de direitos políticos.

Temos argumentado aqui que a pesquisa em saúde indígena tem origens no movimento da saúde coletiva, no retorno à democracia e na emergência da rede interdisciplinar e internacional engajada na reforma sanitária na América Latina. O movimento de saúde coletiva surge da crítica aos paradigmas funcional e biológico, voltando-se às ciências sociais para compreender a interação entre as dimensões biológica e psicossocial e as dimensões socioculturais, históricas e políticas dos processos de saúde-enfermidade-atenção. A rede interdisciplinar de pesquisa em saúde indígena advém da luta pelo estabelecimento do subsistema que iniciou com a Primeira Conferência para Proteção da Saúde Indígena, onde os pesquisadores têm sido protagonistas na construção e avaliação da política nacional. Seus esforços em pesquisa consolidaram-se em 2000, com a formação do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Abrasco e com o Nessi, do INCT Brasil Plural.

O engajamento crítico dos membros dessa rede pode ser notado pelo seu comprometimento com a produção de conhecimento voltado para subsídios às políticas e aos serviços de saúde, para a eliminação de iniquidades na inclusão social e de saúde e para a construção da cidadania. O foco se dá sobre problemas locais e nacionais através de pesquisa de longa duração para impactar sobre os serviços, as políticas, a formação de recursos humanos e a participação. Pesquisadores desenvolvem atividades com os povos indígenas em cursos de extensão, conferências e fóruns de participação social. A pesquisa etnográfica procura iluminar conhecimentos e práticas locais em saúde, assim como as percepções locais sobre problemas de saúde. Os membros da rede colaboram para o desenvolvimento de conceitos que deem conta da pluralidade e dinâmicas das práticas de saúde e da articulação autônoma dos modelos de atenção de forma relativamente independente dos profissionais de saúde e de suas expectativas quanto ao “autocuidado”.

A abordagem crítica latina, como apresentada pela rede de pesquisa e pelo Nessi, afirma que o trabalho de campo qualitativo e etnográfico é fundamental não somente para entender processos locais, mas também para estabelecer diálogo, o que envolve escuta, respeito e criação de relações simétricas (Montardo; Rufino, 2017). Pluralismo de conhecimento refere-se ao reconhecimento da diversidade de sistemas de conhecimentos, ontologias e práticas presentes nos grupos estudados

e invoca uma concepção mais ampla de saúde e pesquisa qualitativa que aquela implicada no domínio da biomedicina ou dos Métodos de Avaliação Rápida (*rapid assessment methods*) (Menéndez, 2012). Antropólogos brasileiros rejeitam o que é percebido como uma instrumentalização dos métodos antropológicos em pesquisa aplicada, que por sua vez é direcionada por conceitos e pressupostos da biomedicina. A pesquisa em saúde indígena ilumina outros sistemas de conhecimento e práxis em contraponto à crescente expansão dos serviços médicos através do SUS e do Subsistema de Saúde Indígena. Ela visa estudar não somente a diversidade de tradições médicas, mas também as dinâmicas políticas de como os povos indígenas articulam seus conhecimentos e práticas com os serviços biomédicos ofertados (Langdon, 2016).

Outra característica da abordagem crítica latino-americana é a análise de novos papéis e espaços criados pelo Estado (Briones; del Cairo, 2015). No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem fomentado a interação nos níveis local, regional e nacional a partir do princípio de controle social, que visa à participação indígena e governança no planejamento, na avaliação e no controle financeiro dos programas de saúde em suas comunidades. As investigações desenvolvidas pelos membros do Nessi buscam entender em que sentido os atores indígenas têm sido hábeis em exercer seus direitos e tomar decisões autônomas em diferentes espaços interculturais criados pelo Estado com a implantação do subsistema em 1999. Especificamente, as pesquisas etnográficas do Nessi focam a participação indígena no controle social, tanto local como regionalmente, através do exame dos agentes de saúde, das reuniões dos distritos sanitários e dos promotores de atenção primária terceirizados.

Os achados apontam para uma tendência geral de centralização por parte do Estado, que institucionaliza a participação, bem como limita as responsabilidades e a autonomia como mediador entre sistemas de conhecimento e organizações sociopolíticas. Os AIS são submetidos a uma série de tarefas burocráticas e à lógica biomédica, que reduz sua contribuição à atenção à saúde respeitosa e articulada com as práticas médicas nativas. Os processos democráticos de participação social e supervisão pensados para os conselheiros indígenas nos conselhos locais e distritais também têm sido contraditórios devido a problemas de representatividade, falta de consenso coletivo, rotatividade de conselheiros e pequena participação e compreensão do seu papel.

Finalmente, com respeito ao papel das ONGs indígenas como administradoras de serviços terceirizados, o potencial de autonomia

e agência é limitado pelas contradições observadas na fronteira de negociação com o Estado. Os problemas originados pelo modelo centralizado e as responsabilidades dos promotores misturam-se à perspectiva da comunidade indígena. Assim, os promotores indígenas enfrentam as demandas tanto do empregador como dos usuários. A comunidade culpa a ONG por atrasos em recursos financeiros que causam problemas de manutenção e emprego de pessoal, acessibilidade de medicamentos e outras interrupções nos serviços de saúde. Simultaneamente, os acordos contratuais determinam rotinas e ritmos de trabalho, obrigando as organizações indígenas a seguir planejamento, metas, prazos e orçamentos que são determinados externamente. Como outras pesquisas demonstraram, suas atividades são moldadas por prioridades definidas em espaços alheios aos grupos locais (Albert, 2001; Shankland, 2010; Shankland; Athias, 2007).

REFERÊNCIAS

- Albert, Bruce. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. In: Ricardo, Carlos A. (org.). *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: ISA, p. 197-203, 2001.
- Bonfil Batalla, Guillermo. Conservative thought in applied anthropology: a critique. *Human Organization*, v. 25, n. 2, p. 89-92, 1966.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- Briggs, Charles L. Perspectivas críticas de salud y hegemonia comunicativa: aperturas progressistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, v. 14, n. 101-124, 2005.
- Briones, Claudia; Del Cairo, Carlos. Práticas de fronterización, pluralización y diferencia. *Universitas Humanistica*, v. 80, n. 80, p. 13-52, 2015.
- Buchillet, Dominique (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.
- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi). *Memorial 2000-2006*. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/doc/memoria_cisi.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

Coimbra Jr., Carlos; Santos, Ricardo V. Saúde minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

Coimbra Jr., Carlos et al. *The Xavante in transition health, ecology and bioanthropology in central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

Coimbra Jr., Carlos et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, v. 13, n. 52, p. 1-19, 2013.

Cueto, Marcos; Palmer, Steven. *Medicine and public health in Latin America: a history*. New York: Cambridge University Press, 2015.

Dias-Scopel, Raquel P. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15, 2015.

Diehl, Eliana E. Estudos sobre medicamentos em uma perspectiva interdisciplinar. In: Langdon, Esther; Grisotti, Marcia (org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 83-104, 2016.

Diehl, Eliana E.; Almeida, Ledson K. de. Medicamentos em contexto local indígena: a "farmácia caseira" Xokleng, Santa Catarina. *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, v. 4, n. 1, p. 189-206, 2012.

Diehl, Eliana E.; Grassi, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

Diehl, Eliana E.; Langdon, Esther J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanistica*, v. 80, p. 213-236, 2015.

_____. Indigenous participation in primary care services in Brazil: autonomy or bureaucratization? *Regions & Cohesion*, no prelo.

Diehl, Eliana E.; Langdon, Esther J.; Dias-Scopel, Raquel P. O papel dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

Follér, Mai-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon, Esther J.; Garnelo, Luiza (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, p. 129-148, 2004.

Garnelo, Luiza. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo, Luiza; Pontes, Ana Lúcia. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, p. 18-58, 2012.

Ghiggi Jr, Ari. *Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xapecó*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

_____. “Eu caminho pra me sustentar”: dinâmicas de circulação e intermedicalidade a partir das práticas terapêuticas de uma indígena Kaingang no oeste de Santa Catarina, Sul do Brasil. II Reunião de Antropologia da Saúde, Brasília, 2017.

_____. *Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra Indígena Xapecó: das dimensões construtivas à perturbação*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Ghiggi Jr., Ari; Langdon, Esther J. Controle social como autoatenção: estratégias Kaingang diante os abusos das bebidas alcoólicas. In: Souza, Maximiliano L.P. de (org.). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 159-178, 2013.

_____. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 1250-1258, 2014.

Langdon, Esther J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: Langdon, Esther J; Grisotti, Marcia. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC, pp. 17-42, 2016.

Langdon, Esther J.; Cardoso, Marina D. (org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

Langdon, Esther J.; Diehl, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

Langdon, Esther J.; Diehl, Eliana E.; Dias-Scopel, Raquel P. O papel e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira, Carla; Garnelo, Luiza (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 213-240, 2014.

Langdon, Esther J.; Garnelo, Luiza. Articulation between health services and “indigenous medicine”: anthropological reflections on politics and reality in Brazil. *Salud Colectiva*, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017.

Langdon, Esther J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

Menéndez, Eduardo L. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*, v. 21, n. 1-2, p. 62-68, 2012.

_____. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: Campos, Roberto (org.). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, p. 97-114, 1992.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

_____. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 109-118, 2016.

_____. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

Menéndez, Eduardo L.; Di Pardo, Renée. *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas, 1996.

Montardo, Deise L.; Rufino, Márcia R.C.F. (eds.). *Saberes e ciência plural: diálogos e interculturalidade em antropologia*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2017.

Oliveira, Diogo de. *Arandu Nhembo'ea: cosmologia, agricultura e xamanismo entre os Guarani-Chiripá no litoral de Santa Catarina*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Oliveira, Philippe Hanna de Almeida. *Comida forte e comida fraca: fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xapecó*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Portela García, Sandra C. *Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da Aldeia Sede, Terra Indígena Xapecó (SC): práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Sarti, Cynthia. Saúde e sofrimento. In: Martins, Carlos Benedito; Duarte, Luiz Fernando Dias (coord.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: Anpocs, p. 197-225, 2010.

Scopel, D., Dias-Scopel, R.P.; Wiik, F.B.. Cosmologia y intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus: actas de saúde coletiva*. 6(1): 173-190. 2012.

Seppilli, Tullio; Otegui, Rosario. Antropología médica crítica: presentación. *Revista de Antropología Social*, v. 14, p. 7-13, 2005.

Shankland, Alex. The indigenous peoples' movement, 'forest citizenship' and struggles over health services in Acre, Brazil. In: Coelho, Vera (org.). *Mobilizing for democracy: citizen action and the politics of public participation*. London: Zed, p. 99-119, 2010.

Shankland, Alex; Athias, Renato. Decentralisation and difference: indigenous peoples and health system reform in the Brazilian Amazon. *Institute of Development Studies Bulletin*, v. 38, n. 1, p. 77-88, 2007.

Silveira, Nadia Heusi. *Imagens de abundância e escassez: comida guarani e transformações na contemporaneidade*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Silva, Antonio de C.; Langdon, Esther J.; Ribas, Dulce L.B. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, p. 149-169, 2013.

Teixeira, Carla C.; Silva, Cristina D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, v. 1, p. 35-57, 2013.

Teixeira, Carla C., Simas, Diego da Hora; Costa, Nilton M. A. Controle social na saúde indígena: limites de uma democracia direita. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

DECOLONIZAR EL ARGUMENTAR EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y DESDE EL SUR GLOBAL

María Epele

Investigar ciertos problemas exige algo más que el clásico examen de los argumentos ya legitimados, de los antecedentes del trabajo en curso. Algunos problemas remiten explícitamente a los argumentos sobre los modos de percibir, entender y escribir en las etnografías antropológicas en el sur de las Américas, desde una geopolítica simbólica que excede y desborda las ecuaciones teórico-metodológicas tradicionales. Este es el caso de la articulación entre psicoterapias de orientación psicoanalítica y la marginación social, es decir, aquel espectro heterogéneo de tratamientos *psi* que, centrados en la palabra, tienen lugar con poblaciones marcadas por la desigualdad y la pobreza.

Considerando estas perspectivas, y partiendo de la agenda teórica definida por la investigación que estoy llevando a cabo sobre tratamientos *psi* y centrados en la palabra en poblaciones marginalizadas de Buenos Aires (Epele, 2016a, 2016b), el objetivo de este trabajo es abordar el argumentar como problema. A través del examen de algunos antecedentes y postulados que articulan psicoanálisis, desigualdad y pobreza, específicamente con respecto al sufrimiento psíquico y la psicologización (Fassin, 2012), el objetivo de este trabajo es *problematizar el proceso de argumentar* en la investigación (Escobar, 2007; Holbraad; Pedersen; Viveiros de Castro, 2014; Viveiros de Castro, 2014), es decir, los modos en que los argumentos ya establecidos producen, reproducen y transforman las realidades que incluyen en su formulación.

Por lo tanto, partiendo de *la recursividad como modelo de entender* los modos en que los argumentos y la vida se entranan y se coproducen, en este trabajo desarrollo *la decolonización de los argumentos y los modos de argumentar* en aquellos tratamientos *psi* en contextos de desigualdad y pobreza. Es decir, problematizo este *decolonizar como una praxis* que, al mismo tiempo, desarma y produce de modo recursivo en la investigación: sensibilidades, nuevos e inéditos poderes de resolución de los sentidos, regímenes de facticidad, patrones de inteligibilidad y lógicas argumentales.

Por último, teniendo el horizonte en *decolonizar* los argumentos, se examina la praxis del argumentar como un proceso abierto a otros, caracterizado por la incertidumbre de su desarrollo y devenir: una suerte de solución de compromiso frágil e inestable entre lo sabido y lo nuevo, lo establecido y lo creativo, los saberes y las realidades, lo extranjero y lo local, lo extraño y lo familiar, las continuidades y las rupturas.

SOBRE LOS ARGUMENTOS

La estrecha asociación entre Argentina y psicoanálisis, ya sea como realidad factual, interrogación o problema, ha estado presente en las investigaciones del campo *psi* en la región de Buenos Aires. Durante las últimas décadas, sin embargo, el desarrollo y avance sostenido de un renovado repertorio de tecnologías *psi* (terapias breves, neurociencias, nuevas psiquiatría biológica y farmacologías) en el norte global fue extendiéndose y asumiendo versiones diferentes en otras geografías, regiones y periferias del sur global. Con estos modos de circulación y apropiación global y local de tecnologías *psi*, el psicoanálisis y las psicoterapias han adoptado características particulares, es decir, se han regionalizado — y marginalizado — en algunos países de Europa y Latinoamérica, y en Argentina en particular.

Este complejo y particular laberinto del psicoanálisis en la historia reciente de los tratamientos *psi* tanto en el norte global como en las poblaciones marginalizadas en esta área geográfica, ha producido una acumulación de una gran cantidad de argumentos relativos a diferentes regímenes de saber, genealogías, cronologías, ontologías, economías y lógicas de poder. Por lo tanto, la investigación de los tratamientos centrados en la palabra en poblaciones marginalizadas del área de Buenos Aires nos obliga a lidiar no sólo con un heterogéneo repertorio de argumentos sobre esta temática; también hace ineludible interrogarse sobre el argumentar como proceso en el desarrollo de la investigación.

Al focalizarnos en *el argumentar como proceso*, en los modos en que construimos argumentos que hacen y deshacen colectiva y subjetivamente, se hace posible examinar algo más de lo que encierran sus formulaciones tradicionales, en las genealogías legitimadas de los universos académicos (Bourdieu, 1999). Ese *algo más* en la problematización: viene a interrogar los modos en que los argumentos son producidos y producen realidades, experiencias y sentidos. Los argumentos, entonces, contribuyen para dar forma a personajes, paisajes, colores y sentidos y al hábitat en el que vivimos, y modelan los modos en que nos vemos y sentimos (Deleuze, 1996). Esta perspectiva señala la insuficiencia de la mirada exclusiva ya sea de la vida, imitando argumentos, o bien de los argumentos, imitando la vida. Al mismo tiempo, motiva a encontrar modos más sofisticados de articular lo visible, sensible, decible, vivible, inteligible y escribible en el proceso de argumentar.

Desde tiempo atrás, algunos de estos problemas ya han sido confrontados en otros lenguajes, en otros campos, por otros autores y en otras regiones. En primer lugar, hago referencia a cierto entramado, desde Nietzsche a Deleuze, que, pasando por Foucault (2004, 2005), ha innovado en formas de argumentación que no se corresponden ni con construcciones ni interpretaciones ni representaciones de realidades. Por el otro, la argumentación se convierte en problematización, los saberes y técnicas del yo en tecnologías de gobierno, el confesionario en un dispositivo del régimen de verdad, el gobierno de sí en técnicas de decir verdad, y el psicoanálisis en una normatividad disyuntiva, jerárquica y arborescente en el régimen del capitalismo (Deleuze y Guattari, 1985).

En relación con la productividad de los argumentos, el *nominalismo dinámico* formulado por Hacking (1986) señala que las categorías y las personas que incluyen llegan a la existencia al mismo tiempo, abriendo nuevas posibilidades de lo que pueden hacer, habrían hecho y habrían podido hacer. De un modo general, las historias y experiencias de las categorías difieren por la posibilidad de aquellos a quienes incluyen de modificar y presionar *desde abajo* los saberes y clasificaciones expertas que se les aplican *desde arriba*.

Además, a la luz del proceso recursivo, se han examinado sistemas de categorías en los regímenes coloniales. Específicamente, en los modos que los propios sujetos colonizados pensaron e hicieron suyas algunas de estas realidades, conflictos y categorías en sus luchas poscoloniales.

Cuando se examinan los modos *de hacer o inventar gente* a través de las dinámicas de ciertas categorías y discursos de-coloniales en el sur global,

la terminología para dar cuenta de la productividad —y destructividad— de los argumentos respecto de las vidas, en sus vínculos con ciertas poblaciones, cobran otras características. En estas orientaciones, el argumentar está marcado por otros procesos: la ideología, la hegemonía/subalternidad (Sousa Santos, 2014), el permiso de narrar en voz propia (Said, 1996), la re-presentación (Spivak, 1998) y las palabras y el hablar en vidas ordinarias (Das, 2007), entre las principales.

En otras palabras, se hace ineludible cuestionar los presupuestos que operan como clásicos —e intocables— puntos de partida y realizar una torsión sobre sí, al desplegar una serie de interrogantes sobre el proceso mismo de argumentar. Como una suerte de solución de compromiso entre las perspectivas y proyectos *decoloniales* (Escobar, 2007) y la política de la ontología de Viveiros de Castro (2014; Holbraad; Pedersen; Viveiros de Castro, 2014b), esta aproximación tiene una suerte de horizonte general: el *descolonizar los modos de argumentar*. *Decolonizar el argumentar* es algo más que *descolonizar los argumentos*, es decir, revisar y cuestionar los argumentos ya establecidos, sus contenidos, referencias y corpus fácticos. Consiste en un conjunto heterogéneo de actividades, una suerte de praxis: de producir al desarmar, de avanzar al desandar, de elaborar al desnaturalizar, de edificar al dismantelar.

Por lo tanto, investigar los tratamientos que *trabajan con la palabra* consiste en algo más que un estudio etnográfico particular. Incluye la tarea de tener que lidiar con una gran cantidad acumulada de argumentos sobre la psicoterapia en general y las características que estos asumen en contextos de pobreza y marginación en particular.

TRATAR CON LA PALABRA EN LOS MÁRGENES DE BUENOS AIRES

La maquinaria académica, política y tecnológica que transforma constantemente el campo psi, y que se corresponde con las exigencias del capitalismo global y contemporáneo, hizo de los modos de *trabajar con la palabra* en el área de Buenos Aires un problema particular. Dentro de las diferentes geografías simbólicas, las psicoterapias y psicoanálisis, con su larga y compleja genealogía, también invitan inexorablemente a explorar tanto los modos en que ciertos argumentos y teorías se hacen carne como los poderes y eficacias del tratar con la palabra en estos contextos particulares. Este arrinconamiento del psicoanálisis, de Freud —o más bien de Lacan— *en las pampas* (Plotkin, 2003) ha convocado un repertorio de modelos explicativos de antigua data para dar cuenta de

su sostenida actualidad en nuestro país (arcaísmo o supervivencia del pasado, transformación en una suerte de cultura local, materialización en razones prácticas en la vida cotidiana, etc.) (Dagfal, 2009; Plotkin, 2003; Vezzetti, 1996).

Las perspectivas que examinan las tecnologías *psi* en poblaciones marcadas por la pobreza y la desigualdad aglutinan diferentes argumentos en fricción entre sí. La mayoría de ellos hace de estas terapéuticas una *via regia* para la *psicologización*, *expertización* y *despolitización* de la vida cotidiana de estas poblaciones. Es decir, los saberes y prácticas *psi* en estas poblaciones podrían ser entendidos como una *economía simbólica extractiva* que modifica las relaciones entre *la palabra* y *el padecer*. Por un lado, en el trabajo con la palabra, se erradicaría su eficacia ordinaria en la cotidianidad, pues se integran las actividades verbales a las lógicas de los sistemas expertos y a las técnicas terapéuticas *psi*. Como parte de este proceso, se devuelven a la vida cotidiana los discursos y las palabras en ecuaciones ya digeridas en términos de dichas lógicas expertas, dando forma a sujetos colectivos e individuales, haciendo que hablen, sientan y se piensen a sí mismos y a los otros en aquellos términos expertos y extranjeros. Por el otro, ciertos estudios señalan que, en estos contextos sociales, se produce la apropiación local de los saberes y prácticas *psi*, transformadas en legas, casi *naturalizadas* y, en el mismo movimiento, *nativizadas*, es decir, incorporadas a los repertorios locales de modos de tratar.

Lo que intriga de esta sofisticada y extendida lógica argumental es que, por fuera de las poblaciones marginalizadas, es decir, las clases medias y altas, las elites, quedarían, de un modo u otro, liberadas de los derrames de su posible iatrogenia. La mayoría de los investigadores sobre este tema han sido pacientes en estos tratamientos o han participado en instituciones reguladas por este saber (Visacovsky, 2009).

Dentro de la compleja *geografía de argumentos* sobre esta temática, se ha privilegiado una ecuación que ha estado presente en la mayoría de las perspectivas, investigaciones y estudios sobre esta temática en los últimos años: *las transformaciones desde la psicologización despolitizante hacia la politización del sufrimiento psíquico despsicologizante*. Por un lado, la expansión y constante mutación de tratamientos *psi* en los sistemas públicos de salud han conformado una compleja trama en la que intervienen otras instituciones estatales (judiciales, educativas, bienestar social, etc.). Por el otro, como señala Fassin (2012), además de la clásica psicologización que suponen estos tratamientos, hay un complejo

repertorio de experiencias que han sido categorizadas como dolor y sufrimiento psíquico desde discursos académicos, políticos y sociales, sin requerir la intervención de la psicología, como saber y práctica para su determinación y regulación. Con la proliferación de los malestares en los márgenes urbanos y que acompañan los cambios en las economías en los márgenes urbanos, han crecido las lógicas de abandono, en las que ningún sistema experto, médico y *psi* intervienen.

Hablar de *nativización del psicoanálisis*, sin embargo, puede llevar a confusión. La noción incluye la reproducción de ciertos dualismos (occidental-no occidental, extranjero-local, colonial-nativo, etc.). Es decir, la participación del psicoanálisis de la geografía simbólica local se manifiesta en su participación incluso en discursos y prácticas en ciertas orientaciones de salud en general y *psi* en particular de Latinoamérica (salud colectiva, medicina social, etc.) (Onocko Campos et al., 2008). En estos tratamientos confluyen ciertas orientaciones que lo entienden como expertización global de saberes y prácticas *psi*, una suerte de *colonización del sufrir*, por un lado, y la expresión misma del “color local”, de la *argentinidad* “*en bruto, primitiva y salvaje*”, por el otro. Sin embargo, esta acumulación de argumentos, con alta carga teórica, clínica y afectiva, se convierte, a partir del empuje forzado por su propia cantidad, en una interrogación sobre los argumentos mismos en la investigación.

CARTOGRAFÍAS SOBRE MODOS DE SUFRIR Y DE TRATAR

El estudio del sufrimiento en diferentes sociedades, regímenes de saber y sistemas de atención de la salud fue dominando progresivamente el campo de la antropología de la salud en las últimas décadas. A diferencia de los abordajes clásicos, el sufrimiento se convirtió en una perspectiva prometedora de producción teórica, terminológica y de escritura que hacía posible una antropología no subsumida a la medicina y saberes *psi*, un lenguaje común para la diversidad de malestares (Kleinman; Das; Lock, 1997).

Desde sus primeras formulaciones, sin embargo, algo del sufrimiento social como marco de inteligibilidad en antropología ya hacía ruido. Progresivamente, se hizo evidente que el sufrimiento se convirtió en una nueva forma de expresión de la denominada *cuestión social*. De acuerdo con Bourdieu (1999), el sufrimiento se refiere a lo que la gente dice que no está bien en ellos o en su posición social, como consecuencia de las reformas neoliberales globalizadas, y que los antropólogos y sociólogos

tendrían la capacidad de observar y escuchar, de *hacerlos investigables* (Kleinman; Kleinman, 1991).

No obstante, se han reconocido diferentes orientaciones teórico-políticas sobre el sufrimiento, diferenciables de acuerdo con el estatuto de facticidad que se le otorga (Fassin, 2012). Por un lado, la orientación realista sostiene que la importancia de los estudios sobre el sufrimiento reposa en que el mismo es una expresión directa de la vida cotidiana, de los procesos económicos y políticos que lo producen (Bourdieu, 1999). Por el otro, la orientación construccionista considera que la creciente multiplicación del sufrimiento es un producto histórico-cultural que incluye retóricas de compasión y políticas de sufrimiento (Boltanski, 1999). Por último, una tercera aproximación integra ambas: la orientación realista y las políticas del sufrimiento, sus paradojas y ambigüedades para las sociedades occidentales. Aun con estas variaciones, el sufrimiento estaría determinado socialmente, por fuera de las coordenadas de lo normal y patológico, es decir, de la enfermedad mental.

Al ritmo de las modificaciones de las coordenadas epistemológicas, ontológicas y políticas, a su vez, diversos modos y categorías de padecer fueron ganando en realidad, legitimidad y popularidad en los estudios sociales. Este es el caso del *dolor o sufrimiento psíquico* (Biro, 2010). El análisis antropológico del dolor psíquico dentro del concierto de padeceres incluyen los contextos socio-históricos de emergencia y consolidación de su estatuto, por un lado, y la crítica de los procesos de psicologización por los que son producidos, reproducidos y legitimados, por el otro. La *psicologización* (Rose, 1996) remite al proceso de progresiva apropiación por parte de la psicología de problemas, actividades, instituciones, prácticas y saberes que con anterioridad estaban subsumidas a otros regímenes sociales. Es decir, diferentes problemas se vuelven psicológicos, se hacen inteligibles en términos y nociones del régimen experto *psi* y, por estas traducciones, se hacen tratables con tecnologías *psi* en general y técnicas terapéuticas *psi* en particular. En el curso de este proceso confluyen ciertas dimensiones principales como: la ontologización progresiva del dolor psíquico, la traducción de malestares y problemas desde el orden lego al orden *psi*, la individualización y corporización de los malestares, y la transformación homogénea, inevitable y en continua expansión de diferentes paradigmas *psi* (Rose, 1996).

Dentro de la compleja *geografía de argumentos* sobre esta temática, se ha privilegiado una ecuación que ha estado presente en la mayoría de las perspectivas, investigaciones y estudios sobre esta temática en los

últimos años: *las transformaciones desde la psicologización des-politizante hacia la politización del sufrimiento psíquico, des-psicologizante*. Por un lado, la expansión y constante mutación de tratamientos *psi* en los sistemas públicos de salud han conformado una compleja trama en la que intervienen otras instituciones estatales (judiciales, educativas, bienestar social, etc.). Como señala Fassin (2012), además de la clásica psicologización que suponen estos tratamientos, hay un complejo repertorio de experiencias que han sido categorizadas como dolor y sufrimiento psíquico en discursos académicos, políticos y sociales, sin requerir la intervención de la psicología como saber y práctica para su determinación y regulación. Con la proliferación de los malestares en los márgenes urbanos, que acompañan los cambios en las economías en los márgenes urbanos, también han crecido las lógicas de abandono, en las que ningún sistema experto, médico y *psi* intervienen (Biehl, 2005).

Resumiendo, y lejos de ser un proceso homogéneo, la psicologización se refiere indirecta o directamente a diferentes acciones y procesos (categorizar, traducir en dolor psíquico, despolitizar, expertizar, individualizar, etc.); diversas genealogías de categorizaciones y sistemas expertos *psi*; modelos epidemiológicos de categorizar y cuantificar; discursos (académicos, políticos, sociales, etc.); modos de leer, entender y traducir transformaciones y transmutaciones (desde las condiciones materiales a psíquicas); y modos legos de tratar dolencias y tradiciones locales en términos de modos de entender el sufrimiento en estas poblaciones, entre las principales. Además, estos argumentos, en su complejidad, rompen con los modelos basados en la psicologización como desarrollos homogéneos estructurados en etapas sucesivas fijas y unilineales.

DECOLONIZAR EL ARGUMENTAR

Diferentes versiones de tratamientos *psi* centrados en la palabra fueron sucediéndose, superponiéndose y ensamblándose desde inicios del siglo XX hasta el presente, en aquellas poblaciones que viven en los márgenes urbanos de Buenos Aires. Sin embargo, la circulación y apropiación local de estos desarrollos no fue un desembarco a una *terra desolata* (Damousi; Plotkin, 2009). Las relaciones entre discursos, argumentos y productividad de realidades, contextos y sujetos en poblaciones marginalizadas han asumido diferentes versiones en diversos campos: literatura, discursos políticos, religiosidad popular, etc. Por lo tanto,

investigar los tratamientos *psi* centrados en la palabra implica no sólo asumir, confrontar y lidiar con los argumentos disponibles, sino también con la praxis de argumentar, proceso que anuda y articula observaciones, sensaciones, nociones, sentidos y perspectivas.

Como una suerte de telaraña de argumentos cada vez más envolvente respecto de las dolencias *psi*, y con la avalancha de formulaciones expertas, legas y de estatuto indeterminado, el sufrimiento psíquico y la psicologización asumieron una creciente consistencia y protagonismo en los escenarios globales y locales, actualizando problemas añejos, promoviendo otras distribuciones y tecnologías de lo sensible, otros modos de categorizar y tratar el dolor.

En el detalle de aquellos argumentos, se hace posible identificar ciertos presupuestos que les dan estructura, consistencia, familiaridad y, por lo tanto, verosimilitud en el mundo académico *psi*. Entre ellos podemos destacar los tres siguientes: a) lo que se hace con la palabra, se deshace y se transforma con y a través de ella; b) la palabra goza de un estatuto material, es decir, es susceptible de relacionarse, participar y transformar con otras sustancias y materias (emociones, cuerpos, etc.); b) lo que se hace con la palabra en determinado orden de realidad social afecta y modifica lo que se hace y sucede con la palabra en otros órdenes de la vida cotidiana (redes domésticas, políticas, economías informales, etc.); c) las geografías simbólicas de lo social reflejan una dinámica semejante de la economía clásica, ya que consistiría en la producción y distribución de recursos simbólicos limitados para experiencias y objetos ilimitados. Es decir, a través de una dinámica *de manta corta*, al dar cobertura simbólica a algunas áreas de la realidad, se deja desnuda, desierta y con aristas punzantes la roca madre de otras realidades.

El estudio de los tratamientos *psi*, centrados en la palabra, implica trabajar y lidiar con los argumentos acumulados. Lidiar con ellos no sólo remite al conocimiento en detalle de los argumentos y sus fricciones entre sí; principalmente, consiste en *descolonizar los argumentos y los modos de argumentar*, revisar y desandar los ya conocidos, desnaturalizar sus contenidos, explicitar los corpus fácticos que han sido el origen de los argumentos y las acciones que incluyen, a la luz de la elaboración de otros en el marco de la investigación en curso.

Decolonizar el argumentar es algo más que examinar los argumentos. Es decir, es algo más que hacerles perder su eficacia inmediata y revisar las coordenadas de su facticidad y verdad. Esta revisión incluye el examen de sus contenidos, los corpus fácticos a los que remiten, los procesos

por los que se produce lo que es inteligible y lo que no, las genealogías en las que se inscriben y estructuran sujetos y agenciamientos en general. Principalmente, el descolonizar implica el ejercicio de determinar y hacer inteligible los *efectos bucle* en los procesos de argumentar y sus características, es decir, los modos particulares que asume la *recursividad* en diferentes formas de argumentación. Focalizando en los modos expertos *psi* de tratar y trabajar con la palabra en contextos de desigualdad y pobreza, se hace posible explorar en los argumentos *las relaciones recursivas entre saber, conocer, hacer, ser y devenir que incluyen — y son incluidos en — el campo psi*.

Además, descolonizar *el argumentar* consiste en desandar la *ontologización de los saberes* expertos *psi* en la vida cotidiana sin que pierdan su carácter material y de compleja hechura. En otras palabras, supone revisar los modos *de ceder peso de realidad y facticidad a ciertas nociones y argumentos de variada genealogía y cronología*, examinar los modos en que participan en la producción de sufrimiento y en los modos correspondientes de tratarlos y de buscar alivio. Es decir, desarmar aquellos nudos argumentales que, como *la pampa* en la literatura, tienden a constituirse en núcleos naturalizados — y conservadores — que engeuecen en el trabajo de campo y en la escritura. El proceso de *descolonizar* incluye la apertura de un conjunto de interrogantes sobre las relaciones entre argumentos ya formulados, los sentidos y la sensibilidad, y los registros y patrones de inteligibilidad en el proceso de investigación.

Por último, hablar de descolonizar los argumentos y los modos de argumentar puede entenderse como una praxis que, al mismo tiempo, desarma y produce sensibilidades, modifica los poderes de resolución de los sentidos (mirar, escuchar, etc.), los modos de entender, las lógicas de producir facticidad y los modelos de confrontar las fricciones e inconsistencias, y modifica los niveles de tolerancia a la frustración en el proceso de investigación. Finalmente, la praxis del argumentar es siempre un proceso abierto a los otros, e incierto en su devenir: una suerte de solución de compromiso frágil e inestable entre lo sabido y lo nuevo, lo establecido y lo creativo, los saberes y realidades, lo extranjero y lo local, lo extraño y lo familiar y las continuidades y rupturas.

PALABRAS FINALES

Para finalizar, quisiera examinar brevemente uno de los fundamentos de este artículo, el que hizo ineludible esta problematización. Estoy

haciendo referencia a la creciente evidencia de algunos *efectos paradójales que han tenido ciertos argumentos expertos*, específicamente aquellas orientaciones críticas dominantes sobre determinados problemas en disciplinas sociales (antropología, ciencias sociales, psicología, etc.). Argumentos que hemos venido atesorando y reproduciendo como pilares de nuestro saber y quehacer, bajo un modelo histórico, acumulativo y progresivo tradicional en Occidente. Focalizo en algunas consecuencias “negativas” que han tenido y vienen teniendo ciertas intervenciones que se derivan con orientaciones críticas sobre ciertos problemas sociales cuando quedan sujetas a ciertas agendas políticas y de otras lógicas en el capitalismo contemporáneo, sus inéditos y renovados modos de acumulación y de gobierno de las poblaciones.

Hablar de *efectos paradójales* de ciertos argumentos en antropología es otro modo de expresar los bucles (*looping effect*) y los modos particulares de *los procesos recursivos que incluyen ciertos argumentos* en los procesos contemporáneos del capitalismo global y local. En el caso que nos ocupa, los argumentos críticos que hacen inteligibles *los modos psi de tratar la palabra* en diferentes contextos y regiones, al reproducirse en la investigación y análisis de tradiciones terapéuticas locales en el sur global, son susceptibles no sólo de favorecer el despliegue de versiones actualizadas y otros tratamientos (terapias cognitivas, neurociencias, etc.). Además, al dismantelar a través de la crítica ciertas tradiciones y prácticas terapéuticas locales, las intervenciones, cuando caen bajo otras agendas y lógicas, no siempre generan y amplifican formas de bienestar, otros modos de tratar y trabajar de forma colectiva y contextualmente adecuada.

Estoy haciendo referencia a procesos globales que muestran un amplio despliegue en poblaciones marginalizadas de la región geográfica de Buenos Aires. Aunque ya presentes desde un siglo atrás, en la historia reciente en nuestra región se han multiplicado y diversificado las formas de *subsumir lo terapéutico a las lógicas de otras instituciones* (judiciales, penitenciarias, educativas, etc.), se han generado otras y *nuevas áreas de negocios* (farmacéuticas, gestiones expertas de bienestar, etc.), *nuevos modos de apropiación por parte de facciones políticas*, partidarias o religiosas en sectores populares (iglesias evangélicas, católicas, punteros políticos, etc.), hasta *nuevos modos y zonas de abandono y negligencia* (desmedicalización y producción de medicinas de segunda calidad o para pobres, etc.).

En el análisis de las tensiones entre “argumentos” y “vida” en contextos histórico-políticos en la Argentina reciente se cuestiona la conflictividad entre argumentos y realidades (modelación mutua o dialéctica, imitación, reflexión especular, mimesis, etc.). La genealogía de Foucault, Deleuze y Hacking abre otras posibilidades y modos de entender que, como el nominalismo dinámico, hacen posible focalizar en aquellos casos en los que las categorías y sus miembros, distinciones y realidades se producen y llegan a la existencia al mismo tiempo. A su vez, la recursividad y los efectos bucle hacen posible complejizar el espectro de procesos disponibles (dialéctica, retroalimentación, nominalismo dinámico, etc.). Es decir, para elaborar argumentos sobre los modos *psi* de trabajar con la palabra en contextos de desigualdad y pobreza, *la recursividad* ofrece la inédita posibilidad de incluir aquellos efectos paradójales como algo inherente a la praxis argumental en los márgenes geopolíticos y urbanos.

En este trabajo, no se busca decir que ciertos argumentos críticos sean o se vuelvan erróneos, inadecuados o falsos con el tiempo. Mucho menos que habría que eliminar la crítica en el proceso de argumentar sobre estas temáticas. El problema reside en la potencial circunstancia de que los argumentos sean capturados en, y modelados por, diferentes agendas y otras lógicas coyunturales; en los márgenes del sur global, debería incluirse como una condición inherente al proceso de su propia formulación.

Finalmente, en lugar de disociar “los argumentos” y “la vida”, oposición que se corresponde con otros dualismos clásicos (conocimiento/acción, teoría/práctica, etc.), la recursividad integra estas nociones como diferentes versiones (simbólicas, territoriales, políticas, lógicas, etc.) de un mismo proceso que genera variaciones en una suerte de espiral, cuyo devenir es, se hace y nos hace abiertos e inciertos.

REFERENCIAS

Biehl, João. *Vita, life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press, 2005.

Biro, David. Is there such a thing as psychological pain? and why it matters? *Culture, Medicine & Psychiatry*, v, 34, n. 4, p. 658-667, 2010.

Boltanski, L. *The distant suffering*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Bourdieu, Pierre. *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1999.

Dagfal, Alejandro. *Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

Damousi, Joy; Plotkin, Mariano. *The transnational unconscious: essays in the history of psychoanalysis and transnationalism*. New York: Palgrave Mc Millan, 2009.

Das, Veena. *Life and words: violence and descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.

Deleuze, Gilles y Felix Guattari. *El AntiEdipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. Buenos Aires, Paidós, 1985.

Deleuze, Gilles. *Crítica y clínica*. Barcelona: Anagrama, 1996.

Epele, María. El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes urbanos de Buenos Aires. *Revista Antípodas*, 25 mayo-agosto, p. 15-31, 2016a.

_____. Psychotherapy, psychoanalysis and urban poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine*, v. 23, n. 3, p. 244-258, 2016b.

Escobar, Arturo. Worlds and knowledges otherwise: the Latin American modernity/colonial research program. *Cultural Studies*, v. 21, n. 2, p. 179-210, 2007.

Fassin, Didier. *The humanitarian reason*. Berkeley: University of California Press, 2012.

Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

_____. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira, 2004.

Hacking, Ian. Making up people. In: Heller, Sosna; Wellbery, David (coord). *Reconstructing individualism: autonomy, individuality, and the self in Western thought*. Stanford: Stanford University Press, 1986. p. 222-236.

Holbraad, Martin; Pedersen, Morten Axel; Viveiros de Castro, Eduardo. The politics of ontology: anthropological positions. *Cultural Anthropology Online*, 13 ene. 2014. Disponível em: <<http://www.culanth.org/fieldsights/462thepoliticsofontologyanthropologicalpositions>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret (eds). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.

Kleinman, Arthur; Kleinman, Joan. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of the interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 15, n. 3, p. 275-301, 1991.

Onocko Campos, Rosana et al. Salud colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*, v. 4, n. 2, p. 172-185, 2008.

Plotkin, Mariano. *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana, 2003.

Rose, Nikolas. *Inventing our selves*. London: Cambridge University Press, 1996.

Said, Edward. *Cultura e imperialismo*. Madrid: Anagrama, 1996.

Spivak, Gayatri. ¿Puede hablar el sujeto subalterno? *Orbis Tertius*, v. III, n. 6, p. 1-44, 1998.

Sousa Santos, Boaventura de. *Epistemologies of South*. New York: Routledge, 2014.

Vezzetti, Hugo. *Freud en Buenos Aires*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes, 1996.

Visacovsky, Sergio. La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuicuilco*, v. 16, n. 45, p. 51-79, 2009.

Viveiros de Castro, Eduardo. *Cannibal methaphysics: for a poststructural anthropology*. Minneapolis; Univocal Publishing, 2014.

PARTE III

*Tecnologias de engajamento:
conhecer, fazer, resistir*

PRÁTICAS E CONHECIMENTOS TRADICIONAIS ENTRE MULHERES QUILOMBOLAS DO PURIS PARA O EMBELEZAMENTO E A SAÚDE CORPORAL

Sirlene Barbosa Correa Passold

Para iniciar o tema deste capítulo, faço uma indagação fundamental: “saúde está relacionada com estética?”¹ Para as mulheres quilombolas do Puris, a saúde do corpo, a estética corporal e os conhecimentos tradicionais estão ligados ao território; todos esses temas se reúnem e apresentam como pano de fundo o território onde essas mulheres vivem e se expressam. Essas mulheres vivem dentro do quilombo, onde encontram dificuldades para acessar serviços de saúde, portanto lançam mãos dos conhecimentos tradicionais, herança dos seus antepassados, para prevenir e curar os males.

E que conhecimentos são esses? Quais são os elementos utilizados por essas mulheres? Esses conhecimentos foram trazidos na memória dos negros escravizados que nem o tempo nem as chibatadas foram capazes de apagar – e que, mesmo com o contato com os originários desta terra, conseguiram preservar. Essas práticas tradicionais se dinamizaram e foram repassadas, de geração a geração, até chegar aos descendentes de hoje. A ancestralidade que se ativa hoje relaciona os quilombolas do Puris

¹ Este capítulo é resultado de parte de minha dissertação de mestrado, intitulada *Desapocadas: concepções de beleza e conhecimentos tradicionais de mulheres quilombolas do Puris* (Passold, 2017). O trabalho de campo que inspirou esta pesquisa aconteceu em minha comunidade do Puris, localizada no município de Manga, norte de Minas Gerais. O campo aconteceu em 2015, 2016 e 2017. Para estrutura este trabalho, procurei conversar com as mulheres mais velhas (anciãs), por praticarem esses conhecimentos como herança de uma ancestralidade secular que transpassa o tempo em uma dinâmica transformacional.

com seus antepassados vindos do continente africano. Neste território, ao longo do tempo, passaram a dominar e acessar esses saberes e práticas ancestrais, que os fazem saber onde encontrar tantas espécies de plantas utilizadas para inúmeras funções.

O I Relatório Nacional para a Convenção sobre Diversidade Biológica estima que existam no mundo 250.000 espécies de angiospermas. Já no Brasil, não há um número preciso de espécies, mas alguns inventários pontuais dão uma medida de seu tamanho. Na Mata Atlântica, por exemplo, uma equipe do New York Botanical Garden e da Comissão Executiva do Plano de Lavoura Cacaueira (Ceplac) trabalhando no parque estadual da serra do Conduru (sul da Bahia) registraram 454 espécies em um único hectare. Resultados ainda mais expressivos foram obtidos pelas equipes do Museu de Biologia Mello Leitão.

Dentro do território brasileiro, portanto, encontra-se uma porção significativa da diversidade biológica mundial em angiospermas. Regiões como Mata Atlântica, Bacia Amazônica, Nordeste e Cerrado contêm grande número de espécies não encontráveis em qualquer outro lugar (Brasil, 1998).

Esse relatório nos mostra também a quantidade de espécies de plantas existentes em todo o território brasileiro. Sabemos que essas plantas funcionam como anti-inflamatórios, alimentos, cosméticos e oferecem muitos outros benefícios. Inseridas nessa biodiversidade – parte fundamental do território quilombola do Puris –, as mulheres produzem seus cosméticos e medicamentos a partir dos conhecimentos tradicionais, compartilhando um “saber-fazer” herdado dos nossos antepassados, que nos define identitariamente.

A cartilha da Convenção sobre Diversidade Biológica trata sobre os conhecimentos tradicionais e a biodiversidade que comunidades tradicionais, indígenas, quilombolas e outros povos adquiriram, usaram, transmitiram e transmitem há séculos (CDB, 2012). Cada povo tem um domínio da biodiversidade local e seus importantes usos: alimentação, produção de remédios, vestimentas e materiais de construção, criação de animais e agricultura.

Pensando nos conhecimentos tradicionais das mulheres do Puri, vamos conhecer algumas práticas e saberes tradicionais dessas quilombolas e como elas transformavam as plantas em cosméticos e medicamentos de uso diário (Figura 1). As plantas estão tanto em seus quintais quanto na mata. Um exemplo dessa especificidade dos cosméticos é a *Aloe vera*, planta de origem africana conhecida tradicionalmente como babosa, que

serve tanto para embelezamento capilar quanto para uso medicinal.² Dona Germana, de 56 anos, quilombola do Puri, tem vários pés de babosa em seu quintal. Segundo ela, trata-se de um “santo remédio” para combater hemorroidas e problemas de gastrite. Ela nos ensina também como manusear a planta: cortar a folha da babosa, retirar a barbatana (aquele serrote que fica nas laterais da folha), abrir, recolher a “baba” (seiva) branca, cortar em cubinhos e engolir.

Figura 1 – Pés de babosa ou *Aloe vera*



Foto: Alice Cruz, Puris, 2017

Dona Antônia, por sua vez, nos conta que usa as ramas de batata, melancia e hortelã para evitar a queda de cabelo. Prepara da seguinte forma: cozinha as ramas e espera esfriar; depois de frias, lava os cabelos com elas. Dona Antônia faz essa receita sempre que nota que seus cabelos estão caindo.

Outro costume das mulheres do meu povo é usar a raspa do juazeiro, conhecida na região como juá. Essa árvore está em quase todos os quintais das casas, e é dela que as mulheres produzem os xampus. Dona Antônia e Dona Zélia contam que o juá é um ótimo espumante nos tempos de chuva, porque as árvores ficam úmidas. Desta maneira, o manuseio e a preparação do xampu são mais rápidos. Nos tempos de seca, o juá tem o mesmo efeito, porém, não é bom espumante como no período de chuva.

² Os nomes das plantas são os usados pelas mulheres do Puri.

O modo de preparo desse xampu é o seguinte: as mulheres raspam o juá, envolvem a raspa num pano e amarram as pontas. Depois, colocam o pano com o juá na água e batem até espumar. A água fica cheia de espuma branquinha, e é com ela que as mulheres lavam os cabelos. Elas afirmam que os cabelos ficam bem limpos e que o xampu ainda serve para combater a caspa. A finalidade do juazeiro não termina nos xampus. A planta tem várias outras utilidades: seus frutos amarelos são comestíveis e também fazem parte das brincadeiras de muitas crianças quilombolas.

Assim como o juá, o gergelim e a malva-branca são usados para cachear os cabelos e são comuns nos quintais de casa. As mulheres retiram as folhas e esfregam umas nas outras, o que faz soltar uma baba transparente. Essa baba é aplicada nos cabelos limpos e úmidos; em seguida, penteiam-se os cabelos, que secam naturalmente e ficam cacheados.

O sabão de cuada também costumava ser usado para lavar os cabelos, mas as mulheres não o usam mais. O aparecimento da soda cáustica extinguiu de vez essa prática. Este era feito por todas as mulheres da comunidade do Puri, pois era o único sabão utilizado para todos os fins: os banhos, as roupas, as louças, os cabelos etc. A árvore utilizada para a fabricação do sabão era o tapicuru, que era cortado em toras, com as quais se fazia uma fogueira. Depois de queimada, recolhiam-se as cinzas e enchia-se o estaleiro completamente (um tipo de coador feito de vara), acrescentando água e deixando curtir. A água que pingava era colhida numa vasilha e tinha uma cor escura. Essa água curtida era como se fosse a soda dos dias de hoje.

A mamona, o tingui e o João-congo (cansanção) também eram plantas utilizadas neste processo de fabricação do sabão. As mulheres pisavam as mamonas e depois levavam ao fogo adicionando a solução de cuada, aquela água aparada da cinza do tapicuru. Mexiam até dar o ponto; depois de frio, estava pronto o sabão de cuada.

Há, também, outras práticas relacionadas à higienização do corpo e das partes íntimas, como o alecrim, que é usado para aliviar as dores do corpo, e a cavalinha, usada no banho contra infecção, para a higiene genital e no controle da menstruação. O leite de mamão amacia as mãos com rachaduras, e os óleos de origem animal são aplicados como hidratante capilar.

Todas essas práticas e saberes foram relatados por Dona Antônia, Germana, Lenir e Zélia e se repetem entre outras mulheres por ser uma comunidade que vive do uso e das práticas comuns e coletivizadas, que além disso pertencem a grupos familiares e de parentesco com todos

os componentes da comunidade. Essas mulheres quilombolas do Puris são dotadas de saberes e conhecimentos tradicionais que garantem a sobrevivência, os cuidados com o corpo, a higiene pessoal e até a cura de diversos males. Trata-se de um conhecimento coletivo e não individual, que deve ser compartilhado. Essas mulheres possuem conhecimentos tão valiosos que, quando morre alguma delas, a sensação é que ela levou consigo uma biblioteca, um acervo riquíssimo de práticas e saberes tradicionais.

Não posso deixar de citar aqui o ofício de parteira que a comunidade teve com Dona Maria de Oceno, *in memoriam*, com Dona Augusta, 98 anos, e Dona Martiliana, 108 anos. E há também o ofício de rezadeiras, praticado por muitas mulheres. Todas são funções fundamentais para a saúde do corpo e da espiritualidade.

Este capítulo é dedicado às mulheres do Puris, mas peço licença para citar aqui um raizeiro muito importante para essa comunidade quilombola, por ser um conhecedor de plantas e raízes e também sabe preparar remédios para a cura de muitos males. Jose Nunes, 64 anos, nasceu na comunidade de Puris e é conhecido por todos como Zé Boré. Zé Boré aprendeu com o Senhor Manoel dos Cupins, um curador que morava na comunidade de Japoré, próxima do Puris, hoje já falecido. Algumas raízes lembradas por Zé Boré são estas: pente-de-macaco, que serve para mordida de cobra e qualquer inseto peçonhento e venenoso; escada-de-macaco, usada para coluna; quixabeira, usada para rins e cólica menstrual; barbatimão e pacari, ambas para coceira, cicatriz e infecção; pustemeira, assa-peixe, umburana, pau-doce, garapiá e jurubeba, todas para gripe; jendiroba, para peste; batata-de-pulga, purgante para animal e pessoas. Há ainda uma produção de medicamentos proveniente de animais, como o espinho-de-luiz-caxero, que serve para veia aberta na cabeça e sangramento; couro demichila, para combater furúnculo; couro de jacaré e couro de tatu-peba, para pessoas que estão com o sangue ruim; óleo de sucuri e banha de salamandra, que são definidas como cobras da mesma família e servem para reumatismo; vergatesa, que tem a mesma função do Viagra; caju-branco, para hemorragia, e salsa-parreira, que também serve para hemorragia e é o remédio fundamental para tudo na saúde das mulheres. Zé Boré não ensina como se prepara esses medicamentos. Ele diz seguir orientação dos ancestrais.

Os saberes descritos acima são apenas uma demonstração da riqueza que essas mulheres possuem. O Puris é rodeado de plantas e árvores que compõem as matas nativas do local, e é nesta mata fechada que o meu povo

extrai a sabedoria, os conhecimentos, o sustento, a crença, o encantado, a espiritualidade. Tudo isso faz parte da vida dessas mulheres quilombolas.

Historicamente, sabemos que as indústrias de cosméticos eram voltadas a atender as mulheres de elite, cuja beleza era associada à pele branca. Nesse mesmo contexto, as mulheres negras de comunidades tradicionais, que sempre foram alvo de discriminação racial, utilizam os saberes tradicionais como herança valiosa de ancestralidade africana e constroem seus próprios cosméticos à base de plantas, ervas e raízes que resultam em produtos para o embelezamento e o cuidado facial, corporal e capilar.

Com as mulheres quilombolas do Puris, não é diferente. Nós recebemos dos nossos antepassados os saberes tradicionais pertencentes à cultura, às crenças e às tradições, que são de uso comum e coletivo. Hoje em dia, as indústrias de cosméticos estão fabricando produtos para corpos negros, tanto na linha facial quanto capilar e corporal, por perceberem que estes são mais da metade da população brasileira e a cada dia mais numerosos. São consumidoras em potencial.

Quando se entra em uma farmácia, encontram-se produtos específicos para mulheres e homens negros. Muitas indústrias estão inovando e fazendo *marketing*, criando embalagens que permitem identificar o tipo de pele e cabelo, a fim de que o consumidor possa levar o produto que mais lhe agrada. Só que muitos destes produtos são fabricados à base de plantas, como a babosa, o juá, o óleo de rícino e muitos outros já citados, os quais fazem parte dos saberes tradicionais das mulheres quilombolas.

Por isso, é importante preservar e proteger os saberes tradicionais para que as empresas do ramo de cosméticos não usurpem dos conhecimentos tradicionais nem colem os produtos que estão em áreas indígenas, quilombolas, geraizeiras e das demais comunidades tradicionais. Essas empresas utilizam direta ou indiretamente os conhecimentos e comercializam os produtos como seus, e com isso os provedores dos conhecimentos nunca são compensados; ao contrário, são explorados.

O Decreto Federal nº 4.339, de 22 de agosto de 2002, institui princípios e diretrizes para a implementação da Política Nacional da Biodiversidade e inclui, entre seus objetivos, o estabelecimento e a implementação de um regime legal *sui generis* de proteção a direitos intelectuais coletivos de povos indígenas, quilombolas e outras comunidades locais, com a ampla participação destas comunidades e povos (Brasil, 2002). Além desse princípio, um objetivo específico previsto no decreto é a implementação de instrumentos econômicos e regime jurídico que possibilitem a repartição

justa e equitativa de benefícios derivados do acesso aos conhecimentos tradicionais associados, com a compensação econômica e de outros tipos para os detentores dos conhecimentos tradicionais, segundo as demandas por estes definidas e resguardando seus valores culturais (Brasil, 2002).

Os saberes tradicionais são as formas de saber fazer, repassadas de geração a geração. Por esse motivo, ao questionar às entrevistadas quem lhes havia ensinado que as plantas serviam como cosméticos, elas não souberam me responder. Segundo elas, esses conhecimentos não tinham sido ensinados por uma única pessoa, mas por várias. Isso quer dizer que esses conhecimentos, práticas e saberes tradicionais fazem parte de um conhecimento compartilhado da tradição, da ancestralidade, e é através dessa cultura e tradição que as mulheres quilombolas do Puri retiram das plantas e ervas medicinais componentes que servem não só de cosméticos, mas também para banhos e adstringência íntima, entre outras finalidades.

Dias (2012) relata que, para enfrentar as adversidades, as mulheres escravizadas usavam a religiosidade. O acesso dessas mulheres ao mundo espiritual era feito à base das plantas, folhas e raízes, de acordo com os costumes oriundos da África. As mais velhas atuavam como curandeiras. Lançavam mão das ervas para diversos fins, entre eles invocar os deuses para intervir contra a violência dos capatazes, impedir estupros, fornecer alimentos para os filhos pequenos e preservar sua saúde.

Assim, a forma de fazer e viver do meu povo são modos únicos, envolvendo saberes tradicionais ou conhecimentos tradicionais que estão protegidos pela Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015, no seu artigo 8º, que assegura a proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao patrimônio genético de populações indígenas, de comunidades tradicionais ou de agricultores tradicionais contra a utilização e exploração ilícita. Além disso, no parágrafo primeiro, o Estado reconhece o direito de populações indígenas, de comunidades tradicionais e de agricultores tradicionais de participar da tomada de decisões, no âmbito nacional, sobre assuntos relacionados à conservação e ao uso sustentável de seus conhecimentos tradicionais associados ao patrimônio genético do país. E, no artigo 3º, consta que o acesso ao patrimônio genético existente no país ou ao conhecimento tradicional associado para fins de pesquisa ou desenvolvimento tecnológico e a exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo desse acesso somente serão realizados mediante cadastro, autorização ou notificação, e serão submetidos a fiscalização, restrições e repartição de benefícios.

Portanto, todos os conhecimentos tradicionais descritos neste artigo são protegidos por legislação específica, e a apropriação indevida desses conhecimentos será passível de acionamento da Lei nº 13.123/15 para que se tomem as medidas cabíveis.

REFERÊNCIAS

Passold, Sirlene Barbosa Correa. *Desapocadas: concepções de beleza e conhecimentos tradicionais de mulheres quilombolas do Puris*. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

Brasil. Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal. *Primeiro Relatório Nacional para a Convenção sobre Diversidade Biológica*. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/destaques/item/7926-primeiro-relat%C3%B3rio>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

_____. Presidência da República. *Decreto Federal nº 4.339, de 22 de agosto de 2002*. Política Nacional da Biodiversidade. Brasília, 2002.

_____. Presidência da República. *Lei Federal nº 13.123, de 20 de Maio de 2015*.

CDB. Secretariado da Convenção sobre Diversidade Biológica. *Convenção sobre Diversidade Biológica: ABS*. Montreal, 2012. Disponível em: <<https://www.cbd.int/abs/infokit/revised/web/factsheet-tk-pt.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

Dias, Maria O. Escravas, resistir e sobreviver. In: Pinsky, Carla B.; Pedro, Joana M. *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012. p. 369 e 370.

PRAZER E RISCO: O DESAFIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEAS RELACIONADAS AO HIV/AIDS E OS ROTEIROS ERÓTICOS DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Victor Hugo de Souza Barreto

Os primeiros casos notificados de contaminação por HIV surgiram no mundo no início da década de 1980. Atualmente, vivemos aquilo que os atores sociais que se debruçam sobre questões relacionadas ao HIV/aids denominam como a “terceira década da epidemia de aids” no mundo (Bastos, 2006; Parker; Terto Jr., 2002; Terto Jr., 2002). As propostas de intervenção surgidas como resposta à epidemia de aids apontadas por esses autores em distintas épocas, lugares e contextos demonstram que, desde o seu início, a doença era lida como uma “doença moral”, para além de algo físico. É esta “dimensão moral” da doença que faz com que a noção de “responsabilidade”, por exemplo, esteja intrínseca aos modos de compreensão e significação da aids desde o início de sua epidemia (Fassin, 2012), uma vez que as pessoas são tomadas como “responsáveis” não só por se infectarem ou infectarem o outro, mas também pelo sucesso das políticas públicas de prevenção e de medicalização direcionadas à questão (Freire, 2016).¹

¹ No contexto brasileiro atual, por exemplo, projetos de lei buscam criminalizar a transmissão do HIV em um movimento de judicialização de questões de saúde pública. Para um debate sobre o tema, ver Pereira e Monteiro (2015) e matéria publicada no site da ABIA: <http://abiaids.org.br/sobre-criminalizacao-da-transmissao-do-hiv-no-brasil/29572>. É importante lembrar que o avanço da discussão sobre a criminalização é acompanhado por um progressivo desmonte das políticas públicas voltadas ao tratamento das pessoas infectadas com o HIV desde 2016. A crescente política de contenção e cortes nos gastos públicos, mesmo em áreas importantes, como saúde e educação, já se percebe em algumas cidades onde hospitais e ambulatórios revelam a descontinuidade no tratamento devido à falta dos remédios antirretrovirais e de insumos necessários ao acompanhamento de pessoas que convivem com o HIV.

Freire (2016) destaca como a formulação desta visão acerca da aids está intimamente conectada ao surgimento da ideia de “grupos de risco”, cunhada por médicos e epidemiologistas, que orientou as primeiras intervenções voltadas para o controle da epidemia de HIV/aids em diferentes locais e épocas. Tais grupos seriam compostos pelos homens que se engajam em atividades sexuais com outros homens, ou HSH (e aqui são incluídos não apenas os indivíduos que se declaram como homossexuais), as prostitutas e os usuários de drogas injetáveis. “Por serem grupos caracterizados por ‘comportamentos de risco’ moralmente condenados – principalmente no que diz respeito ao exercício da sexualidade –, a aids passou a ser pensada como uma doença que afetaria apenas grupos e populações tidas como marginais de alguma forma” (Freire, 2016, p. 3).

O autor também acompanha o esforço lento, e ainda permanente, de mudança do paradigma de “grupos de risco” para a ideia de “contextos de vulnerabilidade”. Conforme o debate se tornava mais complexo, a expressão “grupos de risco” seguiu sofrendo alterações de perspectiva. Com a consolidação dos discursos morais humanitários e das “políticas de reparação” calcadas nos “direitos das vítimas”, tais grupos são atualmente chamados de “populações em situação de vulnerabilidade acrescida” (Ayres et al., 2006). Esta ideia parte do pressuposto de que todas as pessoas estão sujeitas à infecção pelo HIV e de que alguns grupos e populações se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade devido a desigualdades sociais e à estigmatização de certas condutas e/ou identidades, tais como a homossexualidade e o uso de drogas. No escopo das discussões mais amplas levantadas neste trabalho, é importante salientar que a alteração desta expressão está associada aos esforços de retirar as cargas morais negativas e reverter a “culpabilização das vítimas” portadoras do HIV.²

² Sergio Carrara chega a falar da produção de um novo “dispositivo da sexualidade”, relacionada à emergência da noção de “direitos sexuais”, na possível passagem de um regime da sexualidade pautado na linguagem biomédica para um regime pautado na linguagem sociojurídica, envolvendo os planos das moralidades, da racionalidade e da política. Estariam em jogo nessa passagem novos critérios para definir os limites do aceitável do ponto de vista da sexualidade – que passariam do caráter reprodutivo ou não das práticas sexuais para a consensualidade, o autocontrole e a responsabilidade – e novos estilos de regulação moral. Desse modo, “aumenta a inquietação (que às vezes assume a dimensão de pânico moral) em relação a fenômenos como a pedofilia, o assédio sexual, o abuso sexual, o turismo sexual, a exploração sexual, a compulsão sexual etc.” (Carrara, 2015, p. 332).

Importa perceber, portanto, que as formas de infecção e o padrão de distribuição da doença entre a população possuem especificidades locais perpassadas por marcadores de raça, gênero, sexualidade, classe e geração que configuram esses contextos de maior ou menor vulnerabilidade. No caso brasileiro, por exemplo, se ao longo das décadas o perfil da epidemia de HIV/aids apresentou mudanças significativas, como o aumento do número de casos entre mulheres e em relações heterossexuais, Gambôa aponta como, de forma geral, se manteve “constante a importância absoluta e relativa da vulnerabilidade à infecção pelo HIV da população denominada homens que fazem sexo com homens”, ou HSH (2013, p. 14).

Pesquisas recentes, como a que foi conduzida por Veras et al. (2015) na cidade de São Paulo, apontam a alta prevalência concentrada nesse grupo³ e a necessidade de estudos que tragam contribuições para o entendimento do comportamento e das práticas desses atores, levando em consideração seus itinerários por espaços de lazer e pelo mercado erótico da cidade, suas trajetórias afetivo-sexuais e seus “roteiros sexuais” (Gagnon, 2006). Dessa maneira, visa-se atentar aos recortes dados pelo perfil socioeconômico desses homens e aos respectivos contextos ou “cenários de vulnerabilidade”. Daí a escolha de um recorte e olhar mais atento para essa população HSH.

Autores como Silva e Iriart (2010) apontam que, no campo da prevenção da infecção pelo HIV, “uma das dificuldades é se comunicar de modo adequado com grupos populacionais com comportamentos considerados de maior risco para a saúde, o que enfatiza a necessidade de problematizar modelos e referências utilizados na construção de projetos para a prevenção do HIV”. No caso de HSH, as “convenções sociais acerca de gênero e de sexualidade que norteiam classificações, condutas e identidades sexuais devem ser consideradas ao pensarmos tais campanhas” (Gambôa, 2013, p. 16). Nesse sentido, pensar como são negociadas a prevenção para esses homens é pensar a maneira como se constroem determinados “roteiros de gênero” e “roteiros sexuais” em contextos específicos.

Ao mesmo tempo, Gambôa lembra que se faz necessário o reconhecimento da “liberdade criativa das pessoas para a produção de (novos) prazeres”, considerando que “dimensões “sensoriais” e “sensuais”

³ Em relatório do Unaid (2016) com dados divulgados pelo Ministério da Saúde no Brasil, mostra-se que, entre a população geral vivendo com HIV no país, a prevalência do HIV/aids sobre a população HSH cresce para 10,5%. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2016, existe uma tendência de aumento na proporção de casos de aids em HSH nos últimos dez anos, a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015.

também mobilizam decisões e escolhas, colocando em xeque a racionalidade instrumental prevalente no campo da saúde” (2013, p. 17). Fica destacada, portanto, a importância de estudos etnográficos nesses contextos a fim de conhecer melhor as dimensões dos “roteiros sexuais” e sua relação com as práticas sexuais enquadradas como comportamentos para a prevenção de doenças, o cuidado de si e a avaliação dos “riscos” – ou sua ausência. Ao mesmo tempo, esta pesquisa atenta para como essas questões são atravessadas por uma interseccionalidade de fatores, como classe, geração, raça e gênero e por diferentes “contextos de vulnerabilidade”.

A PESQUISA

Apresento aqui alguns dos dados e das questões que apareceram durante o trabalho de campo para a realização de minha tese de doutorado em antropologia, posteriormente publicada em livro (Barreto, 2017). Ali realizei uma análise sobre a prática do sexo grupal/coletivo entre homens em reuniões ou eventos de orgia. Mais especificamente, fiz uma etnografia de festas de orgia entre homens na cidade do Rio de Janeiro. Partindo dessa etnografia, observei que termos como “prevenção”, “cuidado” e “risco” são polissêmicos, isto é, seus significados e usos são sempre historicamente situados, relacionais e contextuais, variando de acordo não somente com as escalas locais, mas também entre os atores implicados (Duarte, 1998).

Durante dois anos e meio (do início de 2013 à metade de 2015), acompanhei quatro festas de orgia que acontecem periodicamente no Rio, uma ou duas vezes ao mês, uma delas semanalmente, em diferentes locais da cidade, como clubes, saunas, apartamentos comerciais, ou mesmo um sítio afastado do centro ou um barco.⁴ Dessas quatro festas, duas fazem o chamado “processo seletivo” do público que pode entrar no evento. As outras duas são abertas a quem quiser ir, desde que corresponda à exigência de ser homem e a um perfil de masculinidade desejado, é claro. O número de participantes varia muito, mas fica em torno de 150 a 200 homens nos eventos que não exigem seleção e no máximo 50 naqueles onde há processo seletivo.

Percebi que esses espaços comerciais dedicados a encontros sexuais coletivos eram importantes na medida em que ofereciam um terreno

⁴ Acrescentem-se a esses dois anos e meio os nove meses de pesquisa durante o estágio doutoral em Lisboa, Portugal, no CRIA/ISCTE-IUL, financiado pelo CNPq.

privilegiado para a investigação da produção social, tanto material quanto simbólica, dos sujeitos e dos corpos humanos, “bem como das concepções e das experiências de vida e de morte implicadas nessa produção” (Vargas, 2001, p. 214). Nesse sentido, tal como lembra Vargas, é importante considerar que nem sempre os humanos se definem como sujeitos e servem-se de seus corpos de uma maneira extensiva, ou segundo critérios extensivos (Vargas, 2001, p. 214-215). O que demonstrei naquele trabalho é que a experiência (ou a experimentação) da sexualidade nessas festas coloca em jogo outros modos de subjetivação e corporalização, modos propriamente intensivos, onde o “se jogar” nos instantes de intensidade das interações sexuais possíveis ali é “se perder” e fazer fugir os aspectos extensivos, como trabalho, família, casa, saúde e todos os valores morais correspondentes a eles. Ou seja, o erotismo e as diversas dimensões do desejo e do prazer precisavam ser levados em consideração.

Pesquisadores como Vargas (2001), Eugenio (2006), Ferreira (2006) e Rocha (2011) explicam que, em diferentes contextos, como uso de drogas, shows de música eletrônica, prática de esportes radicais e idas a boates, ocorrem agenciamentos paradoxais de autoabandono, em que se visa à “saída” de si, ao êxtase, ao descentramento. Assume-se que a “onda”, a “vibe”, a “loucura” envolve modos singulares de engajamento no mundo, assim como tomei a “sacanagem” e a “putaria” naquela pesquisa e proponho a relação entre “prazer” e “risco” aqui. “Tais descentramentos dizem respeito quer à ‘razão’, quer ao ‘corpo’ ou, melhor dizendo, a ambos simultaneamente” (Vargas, 2001, p. 215).

Porém, é claro que, ao mesmo tempo que pode se apresentar como força criadora, maneira de singularização e (por que não?) de extremo prazer, a busca, a vontade de alcançar uma “enésima” potência, tem um potencial destruidor, de risco, de aniquilação. São como os momentos de “fissura” conceituados por Díaz-Benitez: aqueles instantes de fronteira em que as práticas (ainda que consentidas) “alcançam uma intensidade que não era possível prever ou anteciper” e “que rompe com o pacto empreendido com o outro e consigo mesmo, ocasionando emoções que evocam mais perigo do que prazer” (2014, p. 1). A questão que se coloca a todo tempo nas festas de orgia tem a ver justamente com esse manejo dos limites, o controle de si e a imersão nesses êxtases, devires e estados de alta intensidade. Nesse sentido, o que se passa nesses espaços são práticas sexuais na borda do que Gregori chama de “limites da sexualidade”, que seria “a zona fronteira onde habitam norma e transgressão, consentimento e abuso, prazer e dor” (2010, p. 3).

O elemento que se convencionou como principal critério para a separação entre o ato permitido e o abusivo (ou mesmo como legal e legítimo) é o consentimento. Esse elemento se tornou fundamental como ferramenta de legitimação de determinadas práticas sexuais, como o BDSM – “*bondage*, disciplina, dominação, submissão, sadismo e masoquismo”, isto é, um conjunto de práticas eróticas que ritualizam jogos de poder (Díaz-Benítez, 2012; Facchini; Rossetti, 2013). Daí se convencionou, também, a sigla SSC (“são, seguro e consentido”). Assim, não haveria nenhum tipo de abuso ou violência sexual, já que se trataria de práticas seguras, de que todos participam consciente e consensualmente.

Só que, como problematiza Lowenkron, a ideia de consentimento é herdada de um determinado paradigma liberal, “nos princípios de livre disposição de si e autonomia da vontade do sujeito racional responsável e senhor de si, [...] no ideal individualista moderno” (2013, p. 35). A própria autora mostra como a categoria “polissêmica e escorregadia” de “vulnerabilidade” é capaz de dissolver o valor atribuído ao consentimento (Lowenkron, 2012). Essa “autonomia da vontade” é relativizada pelo fato de que nem todos possuiriam a capacidade ou estariam numa mesma posição de vantagem onde o poder de consentir, de fazer escolhas ou, enfim, de ter agência seria dado de forma igualitária. Daí a importância de atentar, nestes espaços, para os contextos ou “cenários de vulnerabilidade” que atravessam a problemática da infecção pelo HIV/aids e da exposição sexual ao risco.

A “CIÊNCIA DO CONCRETO” QUE DESAFIA

Caracterizei acima esses eventos e experiências, esse “sair de si”, como paradoxais também pelo fato de, em campo, ter observado uma “sobriedade”, um autocontrole e cálculo racional de meus interlocutores que eu não esperava encontrar em um evento como uma orgia e que, da mesma forma, não costuma ser descrita na literatura sobre rituais orgiásticos (Barreto, 2017). O que é posto a cada ida a um desses eventos é a repetição da irresistível tensão de desejo constante, de um “descontrole controlado” (Featherstone, 1995), em que se embaralham o êxtase e a perda do controle, em que os limites são questionados e há um risco ou perigo que pode aparecer a todo momento a depender da intensidade das interações.

Para além da relação entre prazer e violência nesses eventos, que podem tornar a fronteira com a agressão e o abuso um pouco nebulosas,

outro ponto importante é o prazer e o risco, principalmente naquilo que se refere ao cuidado com as doenças e a contaminação em “contextos de vulnerabilidade”. “Se jogar” nesses espaços é, de certa forma, um “empreendimento de risco”, tal como conceitua Gregori, um evento onde “o risco à integridade física e moral das pessoas é uma possibilidade aberta e não dada de antemão” (2010, p. 4), e onde a própria ideia de um perigo imprevisível torna-se atrativa e com alto potencial erótico. Meu foco de atenção aqui é como as práticas sexuais encontradas nesses espaços problematizam e ajudam a (re)pensar o atual entendimento sobre a exposição ao HIV/aids e a formulação de políticas públicas de prevenção.⁵ O fato é que meus interlocutores parecem estar produzindo concepções outras, concepções próprias de “saúde”, “doença”, “cuidado” e “risco”. Pesquisas realizadas em São Paulo, como a de Gambôa (2013) sobre as interações homoeróticas em cinemas pornográficos do Centro da cidade, indicam que o manejo do risco nesses espaços, por exemplo, pode ser atravessado por elementos como o afeto. Dessa forma, outros fatores são agenciados nessa tensão, como a apresentação corporal do outro, os cheiros, os toques, a classe, a cor, a idade etc. Pode-se estar mais disposto a determinadas práticas com uma pessoa que com outra, levando esses fatores em consideração e preferindo os parceiros que “passem mais confiança”. Como me explicou um dos interlocutores durante o trabalho de campo,

os caras escolhem com quem vão transar sem camisinha. Olham um cara gato, corpão, com aparência saudável, tranquilo, imaginam que uma pessoa daquela não deve ter nada. O cuidado vai aparecer naqueles que eles acham que estão mal cuidados, magros demais, com aparência de doentes ou que sejam muito putos, que devem transar com um número muito grande de pessoas e não se cuidam e tal...

Portanto, um dos elementos que desafiam as políticas de prevenção é levar em consideração, na análise da decisão do uso ou não do preservativo, ou do “cuidado de si” em geral, a construção do que Pelúcio, em sua pesquisa sobre a prevenção de doenças na prostituição travesti, chama de “hierarquia de riscos” (2009): a hierarquia que os próprios indivíduos

⁵ Além de subsídio para pensar políticas públicas, penso contribuir para a formação de espaços outros de ativismo social, com a produção de materiais e compartilhamento de informações via meios virtuais, como a página de discussão no Facebook Loka de Efavirenz (<https://www.facebook.com/LokadeEfavirenz/>) ou o Canal das Bee, no Youtube (<https://www.youtube.com/user/CanalDasBee>).

elaboram daquilo que é mais ou menos perigoso para si. Um exemplo clássico é referente às posições durante o ato sexual, em que há exigência da camisinha se o sujeito for atuar como passivo, mas não se for ativo – “só coloco se pedem, senão vai sem mesmo”. Esse pensamento seria justificado pela ideia de que a chance de se contaminar só é maior quando se está sendo passivo. Outro exemplo, que acompanhei em campo, foi, em um diálogo após uma interação sem o preservativo, o sujeito passivo dizer para o parceiro: “nossa, que loucura! A gente nem chegou a usar nada!”, e o outro respondeu: “pode ficar tranquilo, eu sou casado” – como se o fato de estar casado fizesse dele uma pessoa com menos perigo de contaminação, mais “pura” e “confiável”.

Esta hierarquia relaciona-se com a classificação do parceiro(a) como alguém conhecido/familiar e desconhecido/estranho, e as associações que daí advêm: confiança, segurança versus perigo e risco respectivamente. No cômputo da elaboração dessa escala hierárquica entram, ainda, as práticas eróticas e que posição se assume nelas. O ativo/penetrador/emissor, tanto na penetração anal ou oral, vê seus riscos diminuídos. Enquanto o(a) parceiro(a) passivo/penetrado/receptor se arrisca consideravelmente. E aí entra todo o simbolismo, não só dos significados da cadeia passivo/penetrado/receptor associado ao desvio, ao perigo e ao impuro, como também as representações acerca dos fluidos corporais (Pelúcio, 2009, p. 174-175).

Logo, a pergunta “como se constituiria e quais são os elementos que ordenariam essa hierarquização dos riscos para esses homens?” torna-se central nesse debate. Do que percebi nos eventos que acompanhei, o “se jogar”, se arriscar, ou se colocar numa situação de potencial perigo, principalmente naqueles relativos a algum tipo de contaminação, não acontece por desconhecimento ou falta de informações técnicas sobre formas de contágio, nem mesmo uma “atitude rebelde” de desobediência ao controle médico dos “poros e das paixões” (Perlongher, 1985). O que percebi foi a elaboração de um conhecimento outro, próprio, que usa de vários elementos, sejam eles vindos do saber médico, do cotidiano e/ou de experimentações próprias. O que parece haver ali é uma “ciência do concreto” (em termos lévi-straussianos mesmo), a elaboração de um saber construído e posto em prática (nem por isso menos “científico”) sobre o que é risco, o que é perigoso, sobre formas de contaminação e maneiras e técnicas para evitá-las.

Expor-se ou não a algo é um “cálculo infinitesimal” feito a partir do prazer que se sente, da intensidade da interação e do que se percebe como riscos menores ou maiores. Tomemos um exemplo, o do sexo oral: durante todo o trabalho de campo, nunca observei alguém fazer sexo oral usando preservativo. Ainda que essa seja uma recomendação médica, sabe-se que a possibilidade de contaminação por esse ato é muito pequena – uma quantidade muito pequena de risco, principalmente diante da quantidade de prazer que proporciona. Isso não quer dizer que não haja várias técnicas: é preciso observar se o pênis é muito “babão” (ou seja, se ele libera muito líquido seminal); se sim, pode-se guardar o líquido na boca e cuspir de tempos em tempos, evitando engolir a “baba”. É melhor evitar a ejaculação direto na boca; se não conseguir evitar, uma opção é cuspir o esperma imediatamente; se não quiser ou não conseguir cuspir, então que ele seja engolido rapidamente (“o ácido do estômago mata todos os vírus, é mais fácil se contaminar na boca que no estômago”); lavar a boca com enxaguante bucal depois é outro cuidado para diminuir os riscos de contaminação. Contrário a esse “ensinamento”, certa vez ouvi no banheiro: “se você fez sexo oral, eu não indicaria fazer isso [usar o enxaguante bucal]. Listerine tem ácido e pode machucar”. Trata-se de um conjunto de conhecimentos, receitas pessoais e uma medicina particular criada e compartilhada pelas pessoas ali. Há toda uma ideia do que se pode ou não fazer, do que pega ou não pega, do que é risco ou não, enfim, uma profilaxia própria. Não é só a hierarquização de riscos, é uma elaboração de conhecimento, tal como uma “ciência do concreto”.

Outro ponto importante é a própria ressignificação, nesses contextos, das políticas públicas de prevenção em determinados usos de um tipo de tecnologia farmacêutica, como nos medicamentos utilizados para PEP (profilaxia pós-exposição) e PrEP (profilaxia pré-exposição).⁶ Ainda que, como aponta Freire (2016), seja necessário um olhar crítico a respeito

⁶ De acordo com o site oficial do governo brasileiro (<http://www.aids.gov.br>), a PrEP (que começou a ser implementada no país só no início de 2018) é usada como estratégia de intervenção para a prevenção da transmissão entre “populações prioritárias” – HSH, gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais, usuários de drogas e pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. A PrEP consiste no uso diário de antirretrovirais em pessoas não infectadas, mas em risco elevado de infecção pelo HIV. E a PEP é uma medida de prevenção que consiste no início do uso de medicamentos até 72 horas decorridas de uma provável exposição ao vírus HIV. Ela já é utilizada, basicamente, em duas situações: em casos de risco de contaminação por HIV de profissionais de saúde na atividade laboral, devido a acidentes, e em casos de relações sexuais em que ocorre falha nas medidas de prevenção, para reduzir o risco de transmissão do HIV.

destes protocolos, no sentido de que tais modelos se baseiam em um tipo de poder hegemônico do discurso científico ao formular “soluções técnicas imediatas e infalíveis” (Biehl; Petryna, 2013, p. 8) desenhadas por profissionais da epidemiologia e da farmacologia, não podemos ignorar os “usos outros” que essa “ciência do concreto nativa” pode elaborar sobre essas políticas de Estado e sobre como elas são entendidas e usadas, de fato, no cotidiano.

Alguns interlocutores no campo das festas de orgia, por exemplo, chamavam a minha atenção para pessoas que faziam uso desses medicamentos a partir de uma profilaxia própria, permitindo-se práticas “mais perigosas” com o plano de, logo no dia seguinte, fazer uso do remédio, ou mesmo por já fazerem uso diário de comprimidos como o Truvada. O Truvada é a medicação mais famosa usada na PrEP, por pessoas não infectadas, para reduzir o risco de contágio sexual pelo HIV. No Brasil, a utilização da PrEP foi recentemente liberada (Janeiro de 2018), e por um tempo, durante o trabalho de campo para o doutorado, percebi um cartaz da Fundação Oswaldo Cruz na recepção de uma das festas convidando interessados a participar de testes e pesquisas referentes à sua utilização. Durante o estágio doutoral em Portugal, percebi como o Truvada está totalmente incorporado ao cotidiano de algumas pessoas, que já dispensam o uso do preservativo em suas relações, mesmo que casuais. Não são todos os países que distribuem gratuitamente este medicamento, e em alguns lugares ele pode alcançar um preço bastante alto, mas principalmente nas festas que visitei o não uso do preservativo era justificado pelo uso do Truvada.

FINALIZANDO

O fato de eu perceber esses espaços comerciais voltados para o sexo como um território privilegiado de singularidade e de usos outros do corpo não quer dizer que não perceba o quanto ele é atravessado pelos chamados marcadores sociais de diferença (como classe, idade, *status*, cor da pele etc.), seja na configuração de desigualdades, seja na própria composição de prazeres. Pelo contrário, é possível perceber uma tensão constante nesse sentido. Daí a importância de atentar para o perfil socioeconômico e o tipo de rede que se encontra nesses espaços comerciais e como eles configuram isso que Ayres et al. (2006) chamam de “contextos de vulnerabilidade”. O contraste dessas redes e contextos pode trazer novos sentidos para os modos como os atores lidam com a

tensão entre “prazer” e “risco” presente nesses eventos, bem como um aprofundamento dos estudos já realizados sobre a predominância de contaminação de certos grupos e seus “contextos de vulnerabilidade” à infecção (Veras et al., 2015).

Já existe uma discussão nas ciências sociais, principalmente no âmbito da sexualidade, de como alguns “agenciamentos” de desejo possuem o poder, a violência e o risco como uma dimensão estratificada. Para ficar em apenas dois exemplos e contextos, tanto a etnografia de Perlongher (1987) sobre a prostituição masculina quanto a análise de McClintock (2010) sobre a dominação de gênero e de classe no imperialismo inglês mostram experiências nas quais prazer, dor, poder, submissão e perigo não só estão misturados como são fatores que “criam” esses desejos.

A tensão que aponto entre marcadores de diferença e desigualdade, hierarquização e aquilo que meus interlocutores dizem ser prazeroso é, portanto, presente nesses espaços, aproximando-se daquilo que Perlongher (1987) chama de “tensor libidinal”. Como explica Gregori,

os tensores libidinais, expressão que empregou [Perlongher], são resultantes da noção de que o desejo é feito daquilo que desafia, que arrisca e que assinala a diferença. O que essa sugestão implica é que os marcadores sociais de diferença – e entre eles o gênero, a idade, classe e status, cor/raça – que operam como eixos na configuração das posições desiguais, em relações de abuso, também atuam na configuração daquilo que proporciona prazer. As hierarquias, as normas e proibições formam o repertório para o erotismo, a partir de todo um esforço de transgressão (2010, p. 5).

Nesse sentido, a tensão “prazer-risco” torna-se essencial no debate das políticas de prevenção ao HIV/aids para problematizar e questionar tanto o vínculo e a intersecção entre “sexualidade”, “gênero”, “saúde” e “Estado” quanto questões relacionadas à prevenção de doenças, ao cuidado de si e à avaliação dos “riscos” e suas formas de apropriação e ressignificação em contextos particulares, assim como para o entendimento de desejos que se colocam na fronteira com o perigo, em práticas situadas nos “limites da sexualidade”. Pretendi neste texto apontar que o desafio maior para pensar as políticas públicas de saúde e de prevenção é levar a sério a “teoria nativa” e a “ciência do concreto” produzida pelos indivíduos em suas interações cotidianas, atravessadas pelo erotismo para além de uma

questão moral. Não é minha intenção apontar uma em detrimento da outra, já que ambas se produzem em constantes atravessamentos, mas reforçar que, sem um diálogo (ainda mais em tempos atuais, que são tidos como de crise), pode ser cada vez menor a chance de proporcionar vidas dignas a pessoas infectadas ou não.

REFERÊNCIAS

Ayres, José R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão W. S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-417.

Barreto, Victor Hugo de Souza. *Festas de orgia para homens: territórios de intensidade e socialidade masculina*. Salvador: Devires, 2017.

Bastos, Francisco Inácio. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006.

Biehl, João; Petryna, Adriana. Introduction: critical global health. In: _____. (eds.). *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 1-20.

Carrara, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana*, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.

Díaz-Benítez, Maria Elvira. Sexo com animais como prática extrema no pornô bizarro. *Cadernos Pagu*, v. 38, p. 241-279, 2012.

_____. O sexo sempre é culpável? Notas sobre prazeres, perigos e fissuras na sexualidade. *Folha do Gragoatá*, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://afolhadogragoata.blogspot.com.br/2014/06/o-sexo-sempre-e-culpavel-notas-sobre.html?m=1>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

Duarte, Luiz F. D. A investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: Duarte, Luiz F. D.; Leal, O. (orgs.). *Pessoa, doença e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998. p. 9-27.

Eugenio, Fernanda. *Hedonismo competente: antropologia de urbanos afetos*. Tese (Doutorado) – Museu Nacional/UFRJ, 2006.

Facchini, Regina; Rossetti, Sarah. Praticamos SM, repudiamos agressão: classificações, redes e organização comunitária em torno do BDSM no contexto brasileiro. *Sexualidade, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, n. 1, p. 195-228, 2013.

Fassin, Didier. Introduction: toward a critical moral anthropology. In: _____. *A companion to moral anthropology*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. p. 1-17.

Featherstone, Mike. *Cultura do consumo e pós-modernismo*. São Paulo: Studio Nobel, 1995.

Ferreira, Pedro Peixoto. *Música eletrônica e xamanismo: técnicas contemporâneas do êxtase*. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, 2006.

Freire, Lucas. *As novas faces da prevenção: reflexões acerca de tecnologias preventivas e políticas de saúde relacionadas ao HIV/aids contemporâneas*. Projeto (Doutorado) – Museu Nacional/UFRJ, 2016.

Gagnon, John. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Gambôa, Ricardo Fernandes. *De prazeres e perigos: abordagem etnográfica dos roteiros eróticos de homens que fazem sexo com homens e desafios à prevenção do HIV na região central da cidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2013.

Gregori, Maria Filomena. *Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade*. Tese (Livre-docência) – Universidade Estadual de Campinas, 2010.

Lowenkron, Laura. Abuso sexual infantil, tráfico de pessoas e a desconstrução da centralidade do consentimento. In: Reunión de Antropología del Mercosur (RAM), X., Córdoba (Argentina), 2013.

_____. “All against pedophilia”: ethnographic notes about a contemporary moral crusade. *Vibrant*, v. 10, n. 2, p. 39-72, 2012.

McClintock, Anne. *Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

Parker, Richard; Terto Jr., Veriano (orgs.). *Prevenção à aids: limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Pelúcio, Larissa. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Anablume-Fapesp, 2009.

Pereira, Carla Rocha; Monteiro, Simone Souza. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1185-1205, 2015.

Perlongher, Nestor. Aids: disciplinar os poros e as paixões. *Lua Nova*, v. 2, n. 3, p. 35-37, 1985.

_____. *O negócio do michê: a prostituição viril*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Rocha, Verônica Maria Monteiro da. Ninguém se arrisca à toa: os sentidos da vida para praticantes do esporte base jump. In: Claudia Coelho, Maria; Rezende, Claudia Barcellos (org.). *Cultura e sentimentos: ensaios em antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Faperj, 2011. p. 63-80.

Silva, Luís A. V.; Iriart, Jorge A. B. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 35, p. 739-752, 2010.

Terto Jr., Veriano. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/aids. *Horizontes Antropológicos*, ano 8, n. 17, p. 147-158, 2002.

Un aids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS). *Estatísticas*. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://un aids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

Vargas, Eduardo Viana. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

Veras, Maria Amelia et al. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS and Behavior*, v. 19, n. 9, p. 1589-1598, 2015.

AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA

Clarice Rios

Quando, no final de 2012, o autismo passou a ser considerado por lei como uma deficiência, tornou-se claro que “deficiência” é não apenas um termo controverso no Brasil, especialmente entre profissionais da rede de saúde mental, mas também ainda pouco compreendido em sua história e suas diferentes acepções políticas. A despeito de um crescente ativismo político por parte das pessoas com deficiência, que ganhou ainda mais força com a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas como emenda constitucional, em 2008, e de todo um campo de estudos sobre deficiência, ela é ainda predominantemente percebida a partir da perspectiva do déficit. Os transtornos do espectro autista (ou, simplesmente, o autismo) não são exceção nesse sentido. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V (DSM-V), que é tido como referência no campo da psiquiatria, o autista apresentaria *déficits na comunicação e na interação social*. Além desses, um terceiro eixo de sintomas se refere a *comportamentos restritivos e repetitivos*. As teorias psicológicas e neuropsicológicas também focam nos déficits – falam de déficit na teoria da mente, déficit no sistema de coerência central, déficit na função executiva, déficit no processamento de informação afetiva, entre outros, como elementos centrais e definidores dessa condição.

É justamente com o intuito de desafiar um olhar excessivamente medicalizado e individualista que as pessoas com deficiência vêm se organizando politicamente nas últimas décadas. Em vez do déficit biológico, propõe-se mudar o foco para a opressão social e as barreiras

ambientais que incidem sobre as pessoas com deficiência. No lugar de uma abordagem exclusivamente médica, propõe-se o chamado modelo social da deficiência, ou seja, que a deficiência resultaria de interações negativas entre uma pessoa com um impedimento (*impairment*) e o ambiente social. Entretanto, qual seria o impedimento (*impairment*) por trás do autismo como deficiência? Ademais, se, como propõem Ginsburg e Rapp (2013), a deficiência é uma categoria profundamente relacional, seria possível identificar um único tipo de impedimento (*impairment*) na base desse tipo de deficiência? Por fim, visto que o autismo é tido como uma deficiência psicossocial, qual (ou quais) seria(m) a contribuição da antropologia no sentido de compreender a natureza do impedimento (*impairment*) que caracteriza o autismo? Neste capítulo, busco nas conceptualizações antropológicas acerca de linguagem, cultura e sociedade a chave para uma compreensão do autismo mais relacional e contingente, e menos centrada na perspectiva do déficit.

A ÚLTIMA E FORMIDÁVEL FRONTEIRA PARA A ANTROPOLOGIA

A proximidade entre autismo e antropologia já foi sinalizada por Elinor Ochs e seu time de pesquisadores a partir de sua pesquisa etnográfica com crianças e adolescentes autistas nos Estados Unidos.¹ Segundo Ochs, porque dificuldades com a sociabilidade “são os sintomas que definem o autismo e porque os antropólogos deixaram de analisar esse transtorno em relação à constituição da sociedade, o autismo apresenta uma última e formidável fronteira para o campo da antropologia” (Ochs; Solomon, 2007). Notem que, ao trazer o autismo para o coração da antropologia enquanto campo de saber, Ochs evita o lugar-comum antropológico das comparações transculturais para se debruçar sobre a própria natureza dos modelos de sociabilidade e comunicação humana que orientam a teoria antropológica.

Por ser uma especialista no campo da antropologia linguística, em sua pesquisa Ochs parte da premissa de que a linguagem é, por si só, uma prática social. Antes mesmo que o DSM-V agrupasse em um mesmo eixo de sintomas os déficits na comunicação e na interação social,

¹ Embora Ochs tenha pesquisado e publicado coletivamente a respeito do autismo, neste capítulo atribuo os achados teóricos de seus artigos a ela individualmente. Se o faço, não é para diminuir a importância de seus colaboradores, mas porque fica claro, pela diversidade de coautores em seus artigos e pela coerência das ideias neles expressas, que Ochs é quem de fato contribuiu para a articulação dessas ideias.

Ochs já sinalizava em seus trabalhos a impossibilidade de separar esses dois aspectos:

mesmo que o âmbito do funcionamento social incluía fenômenos que vão além da comunicação, e mesmo que alguns pesquisadores reconheçam que as fronteiras entre esses âmbitos sejam pouco definidas, essa divisão diagnóstica é profundamente problemática, pois o uso e a interpretação da linguagem cotidiana, ou seja, a comunicação, são essenciais para o funcionamento social e resultam tanto de predisposições sociais inatas quanto de práticas de socialização locais (Ochs et al., 2004, tradução minha).

Ochs argumenta que, se o uso e a interpretação da linguagem são essencialmente “sociais”, a competência linguística não pode se restringir ao conhecimento tácito de sistemas gramaticais, que independem de contexto. Ela inclui o conhecimento sensível ao contexto da linguagem como prática, o que o antropólogo Dell Hymes chama de “competência comunicativa”. Além disso, os déficits nas habilidades comunicacionais não poderiam ser reduzidos a “predisposições sociais inatas”, visto que algumas práticas de socialização podem ser mais condutivas ao desenvolvimento da capacidade de comunicação em pessoas com autismo do que outras.

A partir de suas observações de campo de crianças com graus diferentes de autismo, Ochs pôde problematizar as relações entre as chamadas predisposições sociais inatas de cada indivíduo e as práticas de socialização. Ela observa, por exemplo, que o conhecimento e as habilidades necessárias para a socialização de um indivíduo não provêm apenas de interações interpessoais, mas também de conhecimento historicamente enraizado e de práticas socialmente organizadas. E, se de um lado autistas tendem a ter mais dificuldade na percepção e interpretação dos sinais sutis e potencialmente ambíguos que compõem a interação face a face, de outro há uma clara preferência, entre eles, por esquemas socioculturais mais estáveis e previsíveis, visto que estes são um caminho de acesso a formas de sociabilidade mais explícitas e estruturadas. Ao contrário do que se pensou por muito tempo, o autismo não se caracteriza simplesmente por uma profunda indiferença ao social, o chamado “isolamento autista”. Afinal, não seria o interesse intenso e obsessivo por cronogramas, mapas, números, entre outras coisas, comumente observado entre autistas, também uma forma de conexão com o mundo social?

Embora as relações entre habilidades interpessoais inatas e conhecimentos socioculturais adquiridos sejam complexas, sendo difícil traçar fronteiras entre um domínio e outro, é fácil notar como essa observação desestabiliza teorias psicológicas a respeito de um suposto déficit na teoria da mente como uma das características centrais do autismo. O termo “teoria da mente” refere-se à capacidade de atribuir estados mentais a outras pessoas e prever o comportamento delas em função dessas atribuições. Segundo as teorias de desenvolvimento infantil, toda criança eventualmente desenvolve essa capacidade ao longo de seu processo de socialização, mas a aquisição dessa habilidade estaria comprometida no autismo. Ainda que a palavra “teoria” possa remeter a algum processo intelectual abstrato, nesse contexto ela se refere a um sistema de inferências incorporado, relacionado ao senso comum e adquirido ao longo de repetidas interações durante a socialização primária (Bosa; Callias, 2000). Entretanto, mesmo que existam boas razões para associar essa suposta falha na teoria da mente a distúrbios sensoriais e dificuldades no sistema de processamento de informações em autistas, uma abordagem centrada unicamente em déficits individuais e inatos acaba por ignorar a possibilidade de que existam outras formas de aprendizado social, conforme exposto acima. Dito de outra forma, não é apenas a criança que formula, por intermédio de suas próprias habilidades cognitivas, uma teoria a respeito da mente dos outros. É também o ambiente que lhe oferece os esquemas sociais e culturais através dos quais sua sociabilidade pode ser desenvolvida.

Em um trabalho apresentado num *workshop* internacional que organizamos juntas no Rio de Janeiro em 2015, a antropóloga e psicóloga Elizabeth Fein trouxe exemplos contundentes a esse respeito, retirados de sua pesquisa de doutorado sobre a síndrome de Asperger nos Estados Unidos.² Fein conta, por exemplo, a história de Eric, um menino de 11 anos obcecado por *Vila Sésamo*, entre outros programas de TV e filmes. Quando sai um DVD novo, se é de um filme de que ele gostou, ele o assiste dezenas de vezes, até memorizar todas as falas. Pergunta a seu pai sobre o significado de expressões faciais dos personagens, ou sobre gírias que ele não conhece ainda. Eric, como muitos autistas, tem dificuldade no processamento auditivo, levando um tempo para compreender o que escuta. Mas se isso lhe traz problemas, especialmente na interação face

² A chamada síndrome de Asperger era, até maio de 2013, considerada uma condição relacionada, mas distinta do autismo. A partir da publicação do DSM-V, ela passou a ser considerada como parte de um espectro e incluída entre os chamados Transtornos do Espectro Autista (TEA).

a face, o aparelho de DVD ajuda-o a minimizar essas dificuldades. Como aponta Fein, o aparelho de DVD acaba por fazer as vezes de um professor paciente, ajudando-o a organizar palavras, frases, expressões faciais e gírias em um todo significativo.

Eric não é o único autista a fazer esse tipo de coisa. Um caso semelhante aparece em um livro, já traduzido para o português, que também virou um filme. Trata-se do *Vida, animada!*, que conta a vida de Owen Suskind. Owen teria sofrido do que se costuma chamar de “autismo regressivo” – até os 3 anos, era uma criança normal, alegre e brincalhona, mas depois de um rápido processo de regressão cessou qualquer tipo de comunicação verbal. Um dia, depois de anos sem se comunicar, Owen reproduziu uma fala do filme *A pequena sereia*. Durante os anos em que permaneceu em silêncio, Owen assistia obsessivamente às animações da Disney, e foi através dos personagens e das tramas narrativas dessas animações que ele retomou contato com o mundo a sua volta. Seus pais passaram então a se travestir desses personagens para se comunicar com o filho autista. Até hoje, personagens e histórias da Disney permanecem como uma forte referência para Owen, que aparece no filme já adulto, levando uma vida relativamente independente, apesar da presença e ajuda frequente de diversos profissionais em sua rotina.

A paixão pela repetição, também transformada em sintoma em manuais psiquiátricos, seria na verdade, segundo Fein, como uma forma específica de envolvimento com a cultura. Fein resgata um argumento desenvolvido por Geertz acerca da profunda dependência humana em relação à cultura. Segundo Geertz, “a cultura é melhor vista não como complexos de padrões concretos de comportamento – costumes, usos, tradições, feixes de hábitos –, como tem sido o caso até agora, mas como um *conjunto de mecanismos de controle* – planos, receitas, regras, instruções [...] – para governar o comportamento” (1989, p. 32, grifo meu). Geertz prossegue argumentando que “o homem é precisamente o animal mais desesperadamente dependente de tais mecanismos de controle, extragenéticos, fora da pele, de tais programas culturais, para ordenar seu comportamento” (1989, p. 33).

Fein, por sua vez, argumenta que os autistas seriam pessoas que dependem mais ainda da cultura para completá-los, pessoas para as quais a organização e o planejamento acontecem menos internamente, “dentro do cérebro”, e mais entre o cérebro e o mundo. Nesse sentido, os autistas seriam profundamente afetados pelos padrões, os contornos e o suporte material e simbólico oferecido pelo meio cultural. Entre os

artefatos culturais que ganham relevo particular na experiência autista, podemos listar não apenas filmes e animações, mas também jogos onde histórias e personagens são descritos em detalhes (por exemplo, *Pokemon* e *Dungeons and dragons*), assim como mapas, cronogramas e tabelas.

O argumento de que processos mentais não acontecem simplesmente “dentro do cérebro” já está presente em trabalhos pioneiros no campo da antropologia cognitiva, como o livro do antropólogo Edwin Hutchins *Cognition in the wild* (1995). A partir de uma observação e descrição minuciosa, Hutchins examina as manobras de navegação em grandes navios como uma atividade coletiva, cuja arquitetura cognitiva depende não da internalização de conteúdos técnicos por indivíduos singulares, mas sim da capacidade de conexão desses indivíduos com o ambiente. Visto que esse ambiente não é nunca algo dado e natural, mas resultado da atividade humana e seus poderes cognitivos, a estrutura dos artefatos culturais e a organização social que constituem ambientes humanos, tais como um grande navio, apontam para o fato de que a cognição humana é situada num mundo sociocultural complexo que transcende os limites de um cérebro singular. Porém, se as implicações desse tipo de abordagem para as ciências cognitivas são claramente explicitadas na noção de “mente estendida”, proposta pelos filósofos Andy Clark e David Chalmers, o trabalho de Fein, Ochs e outros antropólogos que vêm se debruçando sobre o tema do autismo demonstra que essa forma particular de se engajar com o mundo não pode ser reduzida a um problema meramente cognitivo.³ Afinal, como propôs Ochs, o autismo põe em xeque a própria noção de “organização social”, ao evidenciar os modos de sociabilidade e socialização que fazem parte da experiência autista.⁴

SOCIABILIDADE, SOCIALIZAÇÃO E COREOGRAFIAS SOCIAIS

O antropólogo Brendan Hart, por sua vez, chama a atenção para as rotinas criadas através de terapias comportamentais, como o método ABA.

³ No artigo clássico “The extended mind”, Clark e Chalmers (1998) examinam o papel ativo de artefatos culturais e materiais nos processos cognitivos. Segundo esses autores, o organismo humano pode se ligar a uma entidade externa numa interação bidirecional, formando assim um sistema acoplado, que pode ser também entendido como um sistema cognitivo. Weid (2015) revisita o trabalho desses autores para falar de um “corpo estendido” entre os cegos e dos múltiplos acoplamentos que se produzem a partir da experiência da cegueira.

⁴ Embora sociabilidade e socialização sejam conceitos bastante próximos, utilizo-os aqui com sentidos ligeiramente distintos. O termo “socialização” refere-se a processos de aprendizado social, e o termo “sociabilidade” refere-se a modos de convívio social.

Segundo ele, essas terapias não servem exclusivamente para erradicar idiossincrasias e submeter os autistas a sociabilidades normativas. Pelo contrário, elas podem lhes dar acesso ao que Hart chama de um “ambiente protético”, facilitador da inclusão e sociabilização do autista em uma variedade de ocasiões, sem eliminar comportamentos estranhos ou comunicação atípica, entre outras coisas. Segundo Hart, terapias comportamentais podem até almejar a máxima independência, autonomia e sociabilidade, que são ideais de subjetividade moderna. Mas isso é geralmente atingido através de arranjos híbridos, envolvendo terapeutas e familiares, que estimulam certos comportamentos na criança, ou simplesmente traduzem suas expressões verbais e comportamentos (Hart, 2014). A criança certamente aprende a responder às pequenas deixas e dicas dadas pelos pais ou terapeutas, para se comportar desta ou daquela maneira. No entanto, ao induzir certos comportamentos na criança, os pais também aprendem a responder às deixas oferecidas por ela. Hart relata, por exemplo, o caso de Robert, um rapaz autista de 16 anos que adora quando as pessoas tosse, tendo um prazer especial em sentir com sua mão as vibrações na garganta da pessoa. Assim, quando certa vez seus pais apresentaram Robert a um amigo, recorreram a um antigo truque para quebrar o gelo depois das apresentações iniciais – perguntaram a Robert se ele achava que esse novo amigo podia tossir, induzindo-o assim a pedir que o novo amigo tossisse. O uso de estratégias de indução de comportamento como esta (em inglês, *prompting*) certamente está na base das técnicas do ABA, mas, como se pode observar, elas podem ser utilizadas de forma a tomar os interesses e comportamentos peculiares dos autistas não como algo a ser suprimido, mas sim encorajado.

Um outro exemplo, ainda mais inusitado, vem da antropóloga e escritora Dawn Prince, cuja belíssima autobiografia conta a história de como os gorilas a ajudaram a sair do isolamento do autismo. Dawn, que também participou de nosso *workshop*, aprendeu a compreender e decodificar comportamentos e interações sociais através da observação de gorilas no zoológico de Seattle. Dawn passava longas horas diariamente sentada diante da jaula dos gorilas, observando-os em suas interações cotidianas. Em suas palavras, “encontrei uma conexão instantânea com os gorilas ali, eles me re-ensinaram a linguagem da plenitude, eles me ensinaram sua própria língua, um sabor diferente no falar e no saber, e com a lentidão do seu modo de contar histórias eles me trouxeram uma nova vida, uma vida com um final mais feliz” (Prince, 2010, tradução nossa). Tive a oportunidade de experimentar um pouco de seu modo de

perceber o mundo e as pessoas que nele habitam e interagem, sentando ao seu lado durante os dois dias de nosso pequeno *workshop*. Dawn me falava dos acadêmicos ali reunidos como primatas, cujas interações e comportamentos não eram muito diferentes dos que observou entre gorilas – seja no modo como os machos-alfa ali presentes estabeleciam sua dominância em relação a outros membros do grupo, especialmente as fêmeas, seja na forma como os membros do grupo que se formava ali tentavam se agarrar às suas formas usuais de conhecer e decodificar o mundo ao se defrontar com as diferenças culturais e intelectuais que emergiam ao longo do debate.

Em minha pesquisa de campo, venho explorando as especificidades da sociabilidade autista ao focar no papel dos pais e cuidadores como “tradutores radicais”, para usar um termo cunhado por Hart (2014), entre seus filhos autistas e os mundos sociais locais nos quais eles habitam e circulam. Durante minha pesquisa em uma associação de pais num bairro popular da cidade do Rio de Janeiro, pude observar como muitos pais acabam por desenvolver uma habilidade quase etnográfica para ler o mundo à sua volta de acordo com as necessidades e peculiaridades de seus filhos autistas. Essa habilidade é um modo de atenção, mas também uma atividade de tradução – esses pais transformam seu conhecimento tácito sobre regras de interação, modos de socialização e de circulação por seus universos locais, em conhecimento explícito, fatorado e decodificado, de forma a torná-lo o menos ambíguo e impreciso possível para seus filhos. Eles aprendem também a organizar sua rotina e a de seus filhos de forma estruturada e sistemática, tornando-se assim, eles também, porta-vozes de um modo de estar e conhecer o mundo mais próximo da experiência autista. De certa forma, o autismo deixa de ser um atributo exclusivo dos filhos e passa a ser uma experiência compartilhada com pais e cuidadores.

Como pude observar em diversas ocasiões (Rios; Camargo Jr., 2017), esta experiência compartilhada se dá, muitas vezes, a partir de uma espécie de compartilhamento do corpo por parte dos pais e cuidadores (em especial, as mães), o que Hart chamou de “corporificação conjunta” – em inglês, *joint embodiment* (2014, p. 299). Segundo Hart, a “corporificação conjunta” remete a uma “coreografia social improvisada” (2014, p. 288), envolvendo trocas verbais, gestuais e físicas entre pais e filhos, que frequentemente medeiam o contato do autista com o mundo social. Essa coreografia social estabelecida através dessa corporificação compartilhada implica a criança autista em “interações negociadas e movimentos conjuntos” que ajudam a estabelecer a sua sociabilidade.

A noção de corporificação conjunta se fez particularmente evidente para mim durante as ocasiões em que acompanhei Inês, a mãe que fundou a associação mencionada acima, em passeios de fim de semana com seu filho Pedro. Não era incomum que Pedro abordasse alguma jovem na rua, ensaiando um flerte, ainda que desajeitado, ao perguntar seu nome de forma abrupta. Nesses momentos, Inês se interpunha entre os dois, repetindo (e traduzindo) a pergunta do filho, cuja compreensão era dificultada por sua dicção, e reconfigurando o contexto da interação por meio de seu olhar calmo e sorriso largo direcionados à jovem abordada. Desta forma, uma experiência que poderia ser compreendida a princípio como invasiva e assustadora para essa jovem tornava-se, a partir da intervenção de Inês e de seus gestos corporais, algo menos perturbador em relação à ordem social e à dinâmica das relações no espaço público.

Quando pais e mães como Inês fazem as vezes de mediadores de seus filhos autistas em interações como essas, as fronteiras entre pessoas e corpos são borradas, e a pessoa do autista é atualizada por meio de uma performance conjunta com a pessoa da mãe. Pode-se pensar aqui não apenas na extensão da mente ou do corpo, como discutido anteriormente, mas na extensão da própria pessoa, ou no que a filósofa Eva Kittay chamou de “noção alternativa de pessoa” (2001, p. 568). Mãe de uma menina com deficiência intelectual severa, Kittay critica o foco excessivo na racionalidade como critério para a definição de pessoa e propõe uma noção mais centrada nos relacionamentos que atravessam a vida de cada um. Segundo ela,

não nos tornamos uma pessoa sem o engajamento de outras pessoas – seu cuidado, assim como o seu reconhecimento da singularidade e da interconexão da nossa agência humana, e do caráter distinto das nossas relações particularmente humanas com os outros e com o mundo que vislumbramos (Kittay, 2001, p. 568, tradução minha).

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, DEFICIÊNCIA E AUTISMO

Como espero ter demonstrado, todas essas pesquisas não só recusam uma concepção do autismo individualizada e centrada no déficit, mas também iluminam o caráter relacional da deficiência no caso do autismo. Com isso, apontam caminhos criativos e inusitados para a reconfiguração dessa experiência. Nesse sentido, talvez a maior contribuição do campo de

estudos sobre a deficiência para a antropologia e, mais particularmente, o campo da antropologia da saúde seja a de desafiá-la a criar modelos e conceitos capazes de traduzir e dar forma a experiências por um lado claramente diversas em relação à normatividade hegemônica e, por outro, não redutíveis a sintomas específicos.

Nessa pequena, e bastante incompleta, revisão de trabalhos antropológicos acerca do autismo, observa-se também a enorme quantidade de questões teóricas que o trabalho etnográfico acerca deste tema pode mobilizar – desde questões clássicas, como as instáveis fronteiras entre normal e patológico, natureza e cultura, agência e estrutura, linguagem e socialização, até outras não tão clássicas, como a relação entre a diversidade neurobiológica e a experiência da deficiência, cognição e cultura (material), interdependência e autonomia.⁵

Por fim, um olhar antropológico sobre o autismo, informado pelo campo de estudos sobre a deficiência, é também fundamental para a discussão acerca de políticas públicas voltadas para o autismo, como tive a chance de discutir em outros artigos (Rios; Camargo Jr., 2017; Rios; Costa Andrada, 2015, 2016). Se, como venho argumentando, o ponto central de divergência entre profissionais da rede de saúde mental e pais e mães de autistas envolvidos na luta pelos direitos de seus filhos parece ser a construção, ou não, de um ativismo político centrado em políticas identitárias (Rios; Costa Andrada, 2015), um olhar atento para as experiências de autistas como as de Dawn Prince e Owen Suskind e para as práticas cotidianas de mães como Inês aponta para formas mais sutis e efêmeras de ativismo (Rios; Camargo Jr., 2017). São o que Hart (2014) chamou de “micropolíticas do reconhecimento”, que assumem a forma de negociações diárias com os limites e as possibilidades colocados pelo modo de ser autista e pelo ambiente sociocultural que estes autistas e suas famílias habitam.

REFERÊNCIAS

Bosa, Cleonice; Callias, Maria. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 13, n. 1, 2000.

Clark, Andy; Chalmers, David. The extended mind. *Analysis*, v. 58, n. 1, p. 7-19, 1998.

⁵ Embora não se tenha identificado ainda a causa do autismo e existam outras hipóteses acerca de sua etiologia, como a psicogênica, a hipótese neurobiológica é praticamente um consenso na atualidade.

Fein, Elizabeth. What do I study when I study autism? In: Autism Spectrum Disorders in Global, Local and Personal Perspective: a Cross-Cultural Workshop, Rio de Janeiro, set. 2015. Disponível em: <<https://vimeo.com/channels/psychanthro/160629295>>. Acesso em: 08 ago 2017.

Geertz, Clifford. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. p. 25-39. Publicado originalmente em 1973.

Ginsburg, Faye; Rapp, Rayna. Disability worlds. *Annual Review of Anthropology*, v. 42, p. 53-68, 2013.

Hart, Brendan. Autism parents & neurodiversity: radical translation, joint embodiment and the prosthetic environment. *Biosocieties*, v. 9, n. 3, p. 284-303, 2014.

Hutchins, Edwin. *Cognition in the wild*. Cambridge: The MIT Press, 1995.

Kittay, Eva F. When caring is just and justice is caring: justice and mental retardation. *Public Culture*, v. 13, n. 3, p. 557-579, 2001.

Ochs, Elinor; Solomon, Olga. Practical logic and autism. In: Casey, Conerly; Edgerton, Robert B. (eds.). *A companion to psychological anthropology*. Malden, Oxford & Carlton: Wiley-Blackwell, 2007. p. 140-167.

Ochs, Elinor et al. Autism and the social world: an anthropological perspective. *Discourse Studies*, v. 6, n. 2, p. 147-183, 2004.

Prince, Dawn. Cultural commentary: the silence between: an autoethnographic examination of the language prejudice and its impact on the assessment of autistic and animal intelligence. *Disability Studies Quarterly*, v. 30, n. 1, 2010.

Rios, Clarice; Camargo Jr., Kenneth. Especialismo, especificidade e identidade: as controvérsias em torno do autismo no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/especialismo-especificidade-e-identidade-as-controversias-em-torno-do-autismo-no-Sus/16287?Id=16287>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

Rios, Clarice; Costa Andrada, Bárbara. The changing face of autism in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, v. 39, n. 2, p. 213-234, 2015.

_____. 2016. Shifting notions of disability in Brazil. *Tizard Learning Disability Review*, v. 21, p. 75-79.

Weid, Olivia von Der. O corpo estendido de cegos: cognição, ambiente, acoplamentos. *Sociologia & Antropologia*, v. 5, n. 3, p. 935-960, 2015.

CORPORALIDADES CEGAS COMO FORMAS DE SABER-FAZER

Olivia von der Weid

Ao pensarmos sobre a percepção de mundo de pessoas cegas, questão principal que me propus a investigar no doutorado, nos deparamos com a seguinte pergunta: o que significa ser cego? A resposta simples que nos arremete é: “cego é aquele que não vê”. Uma pausa reflexiva nessa resposta desvela uma tripla dificuldade: a definição de algo por uma negação – ser a partir do que não se é; a comparação que se coloca entre dois polos opostos – o que vê e o que não vê; e o pressuposto de que o outro lado seja uniforme, dado ou inato. O que a cegueira significa não está dito nessa frase. O imediato do que se diz é aquilo que não se é.

Em um regime de normalização, pessoas com deficiência têm sido medidas e constituídas em contraste com uma norma que estão destinadas a não alcançar, sendo, portanto, sempre definidas como “outro” – corpos indóceis, “indivíduos a serem corrigidos” (Foucault, 2010), que no entanto se recusam a ser padronizados. Como lembra Moser (2000), essa construção em relação à qual a deficiência foi constituída – o normal – é quase idêntica ao que ficou conhecido como “sujeito liberal moderno”: independente, autônomo, centrado, singular, competente e útil. A situação da pessoa cega, ou de qualquer pessoa com deficiência, num regime de normalização sempre será constituída como falta, perda ou dependência.

Canguilhem (2009) sugere uma definição de normalidade que toma como base não critérios quantitativos – o que prevalece em uma população, a média ou constantes estatísticas –, mas critérios valorativos: o exercício de valoração permanente, as preferências e exclusões e

as possibilidades de ação de um organismo em um meio, na direção de garantir a preservação, a multiplicidade e a reprodução da vida. O organismo normal, para Canguilhem, é normativo, exhibe plasticidade, sendo capaz de enfrentar as injunções do meio e criar novos padrões para si. Observando a cegueira pelas lentes de Canguilhem, podemos pensar que não existe eficiência ou deficiência em si na relação entre visão e cegueira – o que visão e cegueira exprimem são normas de vida possíveis que, em certos meios, podem ser equivalentes, embora distintas, quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida, assim como uma e outra podem se mostrar inferiores ou superiores, dependendo do meio e das condições dadas.

É claro que, como já sublinhava o autor, a frequência de um determinado traço humano em uma sociedade traduz não apenas uma normatividade vital, mas uma normatividade social. No caso das deficiências, isso tem efeitos significativamente opressores e excludentes, restringindo inclusive as possibilidades orgânicas de desenvolvimento de suas próprias normatividades vitais, moldando a forma e as funções dos corpos humanos, como bem demonstra o trabalho de Foucault (2010). Embora seja inegável que as normatividades sociais restringem e limitam as possibilidades de ser dos sujeitos, o que tem um impacto significativo para pessoas deficientes, elas não as eliminam inteiramente e, uma vez que persistem, novas normatividades vitais estão sendo constituídas.

O cego congênito ou reabilitado que encontramos andando nas ruas é alguém cuja cegueira em geral já foi corporificada, normalizada (na acepção de Canguilhem), e que muito possivelmente já acolheu a cegueira como modo de estar no mundo. Ou seja, sua condição de cegueira não é mais considerada por ele próprio como anormal ou irregular, na medida em que se encontra adaptado à sua condição de vida. A adaptação emerge por meio de uma série de práticas de “educação da atenção” e de aprendizagem que vão desenvolvendo suas habilidades perceptivas para uma nova realidade corporal ou, para falar com Ingold (2015), vital.

Neste capítulo, proponho uma leitura da cegueira a partir de certos processos corporais – materiais e orgânicos – de desenvolvimento de potencialidades. Processos que são indissociáveis dos meios em que as pessoas cegas estão inseridas. A corporalidade cega que me interessa abordar aqui não é, portanto, o corpo extraordinário da doença, mas o corpo ordinário – normativo, no sentido dado por Canguilhem – da diferença e as práticas que tornam possível o processo inventivo de produção de novas normatividades vitais.

A inspiração para este texto é fruto de um cruzamento entre uma ontologia prática e uma leitura fenomenológica e vitalista para a corporeidade cega. Procuo abordar a cegueira como fenômeno empírico, como acontecimento, considerando as práticas e as conexões entre humanos e não humanos, saberes e poderes por meio das quais ela é articulada, me aproximando, assim, de mundos possíveis que se expressam nas vidas, nos corpos, nas ações e percepções de pessoas cegas (Mol, 2002). Desenvolvendo uma espécie de etnografia fenomenológica, busco tornar sensíveis atividades e interações que costumam ser invisíveis e silenciosas, revelando capacidades corporais e saberes forjados na experiência cotidiana de corpos que não enxergam. Corpos que captam indícios e os organizam em configurações de sentidos que, posteriormente, chegam à consciência – sentidos estes que emergem “à flor das situações” (Cefaï, 2010).

Descrevendo certas práticas e atividades observadas em atendimentos da reabilitação ou as formas de fazer de pessoas cegas nas suas relações cotidianas, investigo um sentido prático da cegueira nas próprias situações em que está localizado – um sentido imanente à corporalidade, irreduzível a critérios transcendentais ou normalizantes. Com a “ausência” da visão, procuro compreender como se dá a (re)organização corporal, da percepção e dos sentidos, como o mundo é percebido, descrevendo especialmente estratégias desenvolvidas para a locomoção ou a realização de atividades cotidianas. Descrevo o universo material da cegueira nos atendimentos da reabilitação, procurando destacar seus valores diferenciais de uso e seus significados. O trabalho de campo me serve aqui como guia.¹ Parto de situações etnográficas para aos poucos ir me aproximando, tateando, esse corpo cego como produtor de sentidos.

¹ A pesquisa de campo que serve como base para este capítulo se deu em grande parte no Instituto Benjamin Constant, centro de referência nacional na área de deficiência visual, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Urca, em 2012 e 2013. Acompanhei os atendimentos básicos oferecidos pelo setor de reabilitação do instituto – habilidades básicas, braille, atividades da vida diária e orientação e mobilidade –, me formei em técnica em orientação e mobilidade (curso de 40 horas oferecido anualmente pelo IBC), e ministrei como voluntária, com a amiga e atriz Clara de Andrade, uma oficina chamada Criatividade, Teatro e Imaginação para o grupo de convivência, formado por pessoas cegas já reabilitadas, mas ainda participantes de algumas atividades oferecidas no instituto. Realizei ainda doze entrevistas em profundidade com pessoas cegas, entre 2011 e 2013, além de incontáveis horas, dias, meses de convivência em que pude exercitar a observação participante quando estive com pessoas cegas nos mais diversos eventos e situações sociais.

O OLHAR APROXIMADO

O trabalho da reabilitação se constrói em torno de dois pontos principais: o estímulo aos outros sentidos – prestar atenção com o corpo todo – e a mediação de um profissional da área de saúde (terapeuta ocupacional, psicomotricista ou fisioterapeuta) para o aprendizado da ação – fazer, se movimentar, criar. Os atendimentos são organizados em torno de situações práticas, de ações orientadas, que acontecem em um ambiente especialmente estruturado.

O atendimento de habilidades básicas (HB) é centrado no objetivo de estimular o tato. Por ter esse foco, especialmente em atividades realizadas com os dedos das mãos, o atendimento é considerado “pré-braille”. Outros sentidos, como audição e olfato, também são trabalhados, mas de forma secundária. Em HB, são exercitados conceitos corporais importantes não só para o aprendizado do braille, mas para o deslocamento e a locomoção ou mesmo para as atividades da vida diária (AVD), como lateralidade, coordenação motora (dupla, grossa, fina), movimento de encaixe, pinça e esquema corporal. Os atendimentos consistem basicamente em fazer coisas com materiais, ou talvez, por meio da ação direcionada, deixar que materiais façam coisas com o corpo.

As atividades são realizadas principalmente com as mãos. O estímulo ao tato e o desenvolvimento das habilidades a ele associadas são mediados por vários tipos de “coisas” (Ingold, 2012) e materiais, como grãos, formas geométricas, miçangas e jogos diversos – de encaixe, dominó, memória, letras do alfabeto emborrachadas, jogo da velha. O que interessa nos mediadores é não apenas seu formato, mas também suas texturas, o tamanho, a sensação que provocam ao toque. Ao contrário do objeto, que se coloca diante de nós como fato consumado, oferecendo suas superfícies externas e congeladas para a nossa inspeção, a “coisa” é um lugar onde vários acontecimentos se entrelaçam. Observar uma coisa é, para Ingold, ser convidado a uma reunião. Nas atividades propostas de reunião com as coisas na reabilitação, espera-se que elas ajudem a intervir em corpos, a desenvolver e moldar a percepção, a sensibilidade. O propósito com que os materiais são utilizados nem sempre é o mesmo para o qual foram criados. Mesmo que haja uma proposta previamente colocada, não é ela que cria o trabalho. É o engajamento com os materiais, com as coisas ou com os jogos.

Jogos como dominó, por exemplo, além da função lúdica, ganham novas atribuições, mesmo que sua fabricação não tenha originalmente

esse propósito: estimular a memória espacial e a discriminação tátil. De acordo com o grau crescente de dificuldade tátil oferecido por seu material e *design*, o dominó é classificado em quatro tipos:

- i. Primeiro tipo – o mais fácil, contém peças grandes, com inscrição das unidades em alto relevo.
- ii. Segundo tipo – o tamanho da peça é maior que o primeiro, mas as unidades são inscritas em cavidades circulares (furos ao invés dos pontos saltados).
- iii. Terceiro tipo – peças menores, com unidades em cavidades.
- iv. Quarto tipo – o mais difícil, com peças ainda menores e do tipo vazadas com as unidades em cavidades.

A terapeuta ocupacional (TO) me diz que só um de seus reabilitandos conseguiu jogar com o quarto tipo. O propósito de jogar em grupo é a etapa final entre propostas intermediárias de atividades de interação com as peças. A TO pede primeiro para que, tateando, os reabilitandos percebam as peças e reconheçam as quantidades marcadas em cada uma. Depois, ela própria joga com eles, auxiliando e direcionando sua atenção caso se equivoquem na percepção tátil das unidades. Em um terceiro momento é que efetivamente se joga em grupo.

Alguns dos jogos utilizados no atendimento foram intencionalmente desenhados para crianças, como o jogo conhecido por “60 segundos”, mas são redimensionados quando incorporam uma nova função – a de ajudar a habilitar corpos a uma nova realidade. Outros objetos e materiais cotidianos também podem desempenhar funções originalmente imprevistas. A professora de braille faz a seguinte recomendação aos reabilitandos que precisam estimular mais o tato: pegar cartelas vazias de remédio e exercitar descolar, com a ponta dos dedos, a parte de alumínio que as reveste. Com isso, treina-se o movimento de pinça para segurar o punção (instrumento usado para a escrita em braille), mas também a sensibilidade dos dedos, para facilitar a leitura dos pontos do braille. Materiais importam.

Em vez de pensar no fazer como um projeto, Ingold (2012) sugere que o pensemos como um processo de crescimento. Isso significa colocar o “fazedor”, desde o princípio, como um participante em um mundo de materiais ativos. Esses materiais são aquilo que ele precisa “trabalhar com”. No processo de fazer, o fazedor une suas forças com os materiais, reunindo-os ou separando-os em pedaços, sintetizando ou destilando,

em uma antecipação do que pode emergir. O autor propõe uma leitura longitudinal do fazer, como uma confluência de forças e materiais, em vez de uma leitura lateral, como uma transposição da imagem para o objeto. Entender o fazer dessa maneira é considerá-lo um processo de geração da forma, ou morfogenia. Significa atenuar qualquer distinção que possamos traçar entre organismo e artefato. Pois, se organismos crescem, artefatos também. E, se artefatos são feitos, organismos também o são. É o processo de fazer e refazer de organismos e materiais que podemos observar nos atendimentos de HB. No processo de (re)abilitação, as coisas não são apenas recalcitrantes ou obstrutivas das ações humanas; pelo contrário, as miçangas, os jogos, as peças emborrachadas ou de madeira possuem uma animação, uma vivacidade inerente que as permite agir não apenas nos corpos de pessoas cegas, mas no mundo como um todo (Bennet, 2010).

Uma pessoa que se torna cega se encontra inicialmente em um estado de desequilíbrio. A cegueira representa uma ruptura com um modo de funcionamento perceptivo anterior, fundamentado na visão, exigindo uma série de modificações das funções orgânicas que antes regulavam a interação harmoniosa deste organismo com o meio para que o equilíbrio possa ser restaurado (Dewey, 1974). Os atendimentos são organizados em torno de ações orientadas em momentos críticos (Boltanski; Thevenot, 1991) ou situações de prova (Latour, 2010), que acontecem em um ambiente especialmente estruturado para a produção de microindeterminações a serem superadas pelo organismo no contexto prático. A proposta é que as pessoas entrem em contato com os objetos e com o entorno, atuando sobre o meio e sofrendo seus efeitos sensíveis. As ações vão permitindo pequenos ajustamentos em relação ao ambiente até que, pouco a pouco, se alcance uma adaptação mais estabilizada do corpo, por meio de seus órgãos e dos demais sentidos. É sobretudo nas microssituações orgânicas de indeterminação que novas capacidades vão emergindo, por meio de um processo de investigação – uma interação transformadora com objetos ou elementos exteriores que oferecem resistência ao ser, e que vão sendo superados a fim de alcançar as metas estabelecidas para aquela situação.

A proposta inicial nos atendimentos de habilidades básicas é articular movimentos e gestos aos jogos e materiais ali apresentados, mas depois as marcas desses acoplamentos e articulações são levadas para a própria vida. Trata-se de uma atividade criativa de crescimento, onde a criatividade pode ser entendida “para frente”, como sugere Ingold (2012), como uma

reunião improvisada de processos formativos. Seguir o fluxo e as forças dos materiais conduz os corpos a outras formas de fazer e perceber, à fruição. Os corpos são feitos pelos materiais. Os materiais ressurgem nessas outras formas de relacioná-los. E assim se desenvolve um histórico de novos acoplamentos estruturais com o meio, a fim de reinventar a existência.

CORPO-MUNDO EM FLUXO: PERCORRER UM AMBIENTE PARA PERCEBÊ-LO

Acompanho o atendimento de orientação e mobilidade (OM) de Maria, no programa de reabilitação do Instituto Benjamin Constant (IBC). Maria é uma mulher de cerca de 40 anos, trabalhadora rural do interior do estado do Rio, que ficou cega e veio para a cidade do Rio de Janeiro em busca do programa de reabilitação do instituto. Após uma breve conversa na sala com a TO, subimos as escadas do IBC e vamos para o segundo andar, onde há uma ampla área livre no saguão em frente ao teatro. Nas duas extremidades opostas, há longos bancos de madeira encostados na parede. No meio, fica um espaço vazio de passagem. A TO orienta que Maria perceba um dos bancos com a bengala, percorra a sua extensão e encontre o meio, enquadrando seu corpo em relação ao banco. Enquadrar é posicionar o corpo (as costas, a batata da perna, o calcanhar) em relação a um objeto, com o objetivo de se alinhar, manter uma posição e tomar uma linha de direção definida no ambiente. A TO enfatiza a importância do enquadramento e da tomada de direção correta. Um primeiro passo com o corpo torto fará com que Maria saia na transversal e perca a linha reta para chegar ao local planejado.

O treinamento se concentra no uso de sons para o deslocamento. A primeira proposta é que Maria se oriente até o outro lado direcionada pela voz da TO, que a chama continuamente pelo nome ao longo do caminho. Na segunda proposta, o som é descontínuo e mais sutil (estalo de dedos). Maria desvia um pouco para a esquerda, mas consegue corrigir sua posição pela escuta atenta do estalar dos dedos da TO. Em um terceiro momento, a TO se posiciona do outro lado e emite um som a distância. Alerta que Maria precisa focar sua atenção no objetivo, pois haverá outros sons no ambiente (crianças conversando na beira da escada, pessoas passando batendo bengala). Na última proposta, a TO faz um único som forte em determinado local do saguão (uma palma) para que Maria ouça, mentalize de onde ele veio, tome a direção e caminhe para lá orientada por esse traço auditivo.

Nas práticas descritas, estão presentes estratégias perceptivas que estruturam um treinamento de OM com uma pessoa cega – enquadramento, tomada de direção, uso dos sons como pistas, buscar e seguir linhas-guia. A TO ressalta a importância de a pessoa usar o ouvido como aliado: saber que está próximo de um ponto de ônibus pelo barulho de freio ou de arrancada dos veículos; distinguir um som entre outros e utilizá-lo como base do deslocamento (por exemplo, diante de uma casa com um cachorro que sempre late, o latido do cachorro pode se transformar no sinal de que, naquele ponto, é preciso virar à direita); diferenciar corredor de saguão pelo eco das vozes ou dos passos das pessoas; sentir pelo ouvido as mudanças na vibração do local. Os barulhos podem se transformar em motivo de aproximação ou afastamento e, mesmo quando variáveis, podem prover pistas que oferecem grande possibilidade de orientação – a voz de pessoas, o barulho dos carros, a sonoridade de um bar, o som da rua que anuncia uma janela aberta, a televisão ligada na sala, o ruído de ventilador de um cômodo específico.

Assim como os sons, referenciais de outros sentidos se transformam em pistas para o deslocamento e a orientação. O cheiro de gasolina do posto, o aroma da comida em frente a um restaurante, a padaria que exala a pão. Farmácia tem cheiro de remédio. Feira exala a frutas. Os sons do ambiente, as marcas táteis do caminho, os cheiros das coisas se tornam pontos de referência anunciando os materiais e a materialidade do mundo, sugerindo também a sua forma. A TO explica que ponto de referência é tudo que não sai do lugar, podendo servir para a pessoa se localizar. No treinamento de Maria, era o banco, mas poderia ser o cheiro da padaria ou o burburinho constante de vozes de um restaurante em determinado horário do dia. É fixo, está atrelado a um local e tempo específicos, mas não precisa ser sólido. É material, é perceptível, mas não necessariamente tem materialidade.

Os efeitos de uma educação da atenção (Ingold, 2010) para os sentidos, praticada na reabilitação, podem também ser percebidos no ato de deslocamento de uma pessoa cega dentro do IBC. São formas de perceber que emergem da própria experiência de viver com a cegueira, das técnicas e estratégias situadas, desenvolvidas individual, local, e artesanalmente:

você anda de bengala, então você percebe através do pé, através da pele, as coisas que estão acontecendo. Por exemplo, você percebe o chão... a audição ajuda porque você percebe se o espaço é aberto, se o espaço é

fechado, se tem som, se não tem, da onde o som está vindo... e o olfato, para você perceber o cheiro de onde você está. Não sei se tem um sentido principal. Tem as marcações táteis também, uma escada, um degrau, uma diferença de piso, sei lá, de repente uma pilastra, uma porta. Porque a verdade é que, quando a gente anda, aqui na escola mesmo, eu estou andando do outro corredor para esse daqui, eu sei que, quando entra aqui nesse corredor, lá do saguão, o ambiente fica mais fechado, o som muda, o piso muda, eu sei que tem um risco no piso, perto das pilastras, eu sei que tem pilastras no corredor. Para você, o risco não é importante, porque você enxerga. Normalmente para a gente esse risco é importante, perto da pilastra (Renata).

Ingold (2010) acredita que as capacidades específicas de percepção e ação que constituem uma habilidade são corporificadas no *modus operandi* de um organismo humano através de prática e treinamento, sob a orientação de praticantes já experientes, num ambiente caracterizado por suas próprias texturas e topografia. Aprender seria equivalente a uma “educação da atenção”, e o ambiente é inteiramente parte do aprendizado. Em vez de ter suas capacidades evolutivas recheadas de estruturas que representam aspectos do mundo, Ingold considera que os seres humanos emergem como um centro de atenção e agência, cujos processos ressoam com os de seu ambiente.

Com a noção de “educação da atenção”, podemos aprofundar a compreensão do trabalho realizado pelos profissionais nos atendimentos de reabilitação – um treinamento da atenção para sinais ou traços perceptivos que possam ser articulados para constituir relações. O treinamento dos sentidos na reabilitação se dá por um processo de direcionamento da atenção durante atividades práticas. Não se trata de transmitir informações sobre como uma pessoa que fica cega deve passar a fazer essa ou aquela coisa, mas de efetivamente guiar sua ação para que, por meio da prática, do movimento do fazer, ela redescubra suas formas de perceber o mundo, de se movimentar e de realizar coisas. Na composição do ambiente e no deslocamento de pessoas cegas, o que ocorre, por meio de um direcionamento corporal da atenção, é a transformação do que antes eram dados indeterminados – ruídos, burburinhos, barulhos, cheiros, buracos ou falhas no caminho, objetos (banco, no caso, mas pode ser mesa, cadeira, parede etc.) – em componentes espaciais indicadores de orientação: direção, enquadramento, posição, deslocamento, locais

(cheiro de remédio indica a farmácia) ou localizações (risco no chão indica a posição em relação à pilastra).

Jair fala de novos elementos e materiais em fluxo no ato de conhecer um lugar. Além do som de vozes, que o ajuda a identificar o local onde se encontra, ele menciona a temperatura e o deslocamento do ar como referenciais de um ambiente interno ou externo ou indicador da existência de objetos no caminho.

– Em outros lugares que eu nunca entrei, eu conheço pelo ar e pela... se tiver as pessoas conversando, eu conheço o local que eu vou.

– Mas pelo ar, como?

– Pelo ar, porque a gente sente que entrou no lugar. Ali o ar já vem quente na gente.

– Pela temperatura do ar?

– É, temperatura do ar. Aí nós já não estamos pro lado de fora, estamos para o lado de dentro. Já não é aquela temperatura de lá fora, aí a gente conhece, entendeu? É isso. Agora, se eu for chegar perto de uma coisa, aí vem a quentura, vem um ar assim quente, da gente ter que parar porque sabe que tem um negócio assim na frente. É, a gente sente. Poste a gente sente. O poste então é melhor ainda, o poste, ali, ele leva chuva, sol, aí o ar já vem mais rápido, é mais rápido, a gente para mesmo na hora. Aí passa a bengala... é um poste.

Para Ingold (2015), nós antropólogos devemos assumir como missão primeira acompanhar os fluxos, as linhas e as configurações que a vida assume nas suas diversas formas materiais, abandonando concepções de corpo, mente e paisagem como continentes existenciais com limites definidos. A experiência da vida se dá no fluxo dos materiais que nos atravessam. Os materiais são constituintes ativos de um mundo-em-formação. Onde quer que a vida aconteça, estão incansavelmente em movimento – transbordando, misturando, descamando. A existência de todos os organismos vivos é apanhada na interminável troca metabólica e respiratória entre as substâncias do seu corpo e os fluxos do meio. Se considerarmos as capacidades dos materiais como constituintes ativos de um ambiente, como sugere o autor, elas não podem ser identificadas como atributos fixos ou essenciais das coisas; ao contrário, são processuais e relacionais. Não são nem objetivamente determinadas,

nem subjetivamente imaginadas, mas experimentadas praticamente, nas relações que se estabelecem com elas – latido do cachorro como mudança de direção, temperatura que indica lugar aberto ou fechado, diferença de textura no piso como sinal de mudança no ambiente.

Assim como o pássaro é o seu voar, o peixe é o seu nadar ou a pipa de Ingold (2012) não é apenas um objeto, mas uma coisa, que inclui o seu movimento no ar, as coisas que as pessoas cegas encontram no caminho são os cheiros que têm, são os sons que emitem ou refletem, são as sensações táteis ou de temperatura que transmitem, e não apenas a forma que possuem. Não estão contidas nessas formas. São experimentadas na prática, por meio da relação que se estabelece com elas. O poste se modifica a cada chuva ou sol que recebe, muda de qualidade e temperatura, absorve as marcas e transmite esses traços. O mundo se constitui não em um universo homogêneo de objetos espaciais, extensivos e estáticos, mas como multiverso heterogêneo de variações intensivas de forças, fluxos, ruídos, temperaturas, densidades, pressões. Dora esclarece:

para andar na rua, por exemplo, procuro ficar bem atenta para identificar todos os barulhos, grandes ou pequenos, e selecionar os que são significativos: portões se abrindo, carros estacionando, crianças correndo, pessoas com carrinhos, com cachorros, bicicletas, pessoas conversando animadamente, que podem não estar vendo que eu não estou vendo... E aí vou ajustando a rota, ou diminuindo a velocidade para evitar acidentes. É claro que a maior parte disso não é consciente, já está no piloto automático. Você percebe através da bengala, dos pés, da pele, do nariz e dos ouvidos as coisas que estão acontecendo.

No mundo dos materiais, o que existe são superfícies de diferentes tipos e graus variáveis de estabilidade e permanência. A própria sonoridade expressa essa variabilidade. Como lembra Ingold, a matéria não tem qualidades, mas sim capacidades que são potências dos próprios materiais. Merleau-Ponty (1971) considera que a atenção é o que confere existência ao objeto para a consciência perceptiva. Prestar atenção não é somente avançar no esclarecimento de dados preexistentes, mas induzir uma nova articulação desses dados, tomando-os como figuras. A atenção, para o autor, é a constituição ativa de um novo objeto, que vai tornar explícito e articulado o que até então era apresentado como um horizonte indeterminado. Exposto à luz do sol, o ferro, material de que é

feito o poste, absorve e emana o calor. Qualquer pessoa que passa por ali é atravessada por tal capacidade e pelo fluxo dos materiais ali presentes (ferro, calor do sol, água da chuva, vento etc.), mas nem todas prestam a mesma atenção ou nem todas fazem o mesmo *uso* daquilo que percebem. Esse não é um atributo fixo e essencial do poste, mas sim processual e relacional; depende das linhas e dos materiais que o atravessam – condições climáticas, direção do vento e organismos que por ali passam. O mesmo pode ser dito em relação aos barulhos, que se tornarão mais ou menos significativos em função do grau de atenção despendido e das articulações motoras por eles proporcionadas.

Por não ter acesso visual às formas da materialidade do mundo, o cego, quando caminha, segue seus fluxos. Entender os burburinhos, os sons, as diferenças de temperatura e de pressão como fluxos de materiais é uma tentativa de não reduzir coisas a objetos, como sugere Ingold (2012). As coisas têm superfícies externas, mas onde quer que haja superfícies a vida depende da troca contínua de materiais através delas. O que parece ser percebido e trocado no caminhar de pessoas cegas são justamente os fluxos dos materiais, que não necessariamente têm forma, mas que participam dessas materialidades. Angela nos fala sobre suas estratégias de conhecimento de um local que visita pela primeira vez:

primeira coisa, me chama a atenção o chão, o solo onde eu piso. Eu procuro sempre identificar alguma coisa no chão, qualquer coisa diferente ali que dê para eu identificar. Acontece muito de eu ir num lugar que eu não conheço a primeira vez acompanhada de alguém e conseguir voltar a segunda sozinha. Exatamente por isso, pelas marcas no chão. Antes de entrar, eu já venho assim procurando alguma coisa ali na calçada, prestando atenção no solo e no trajeto que eu estou fazendo pra chegar até a porta de entrada. Esse é o primeiro passo. Se eu vou fazer um movimento para a esquerda, para a direita, se eu vou seguir em frente, eu procuro marcar sempre isso. Ali na Caixa Cultural, por exemplo, eu entrei na Almirante Barroso, aí eu procurei marcar o tempo que eu levaria para chegar mais ou menos próximo ali da entrada. Aí outro dia, quando eu voltei sozinha, pelo tempo que eu andei da esquina, eu parei e disse assim, “acho que eu já estou em frente”. Aí eu perguntei pra um casal que vinha passando, “por favor, vê se eu estou em frente ao número 25?” Aí o casal, “ah tá, só passou um pouquinho. Como a senhora sabia?” Eu digo “é porque eu tenho mais ou menos a noção do tempo”.

Quando se deslocam, pessoas cegas buscam pistas de variações intensivas capazes de lhes dar orientações – sonoras, táteis, olfativas, de temperatura, movimento, tempo e distância percorrida – que possam indicar o caminho, o ambiente, os objetos, estabelecimentos, construções, ruas, outras pessoas, buracos, carros, as superfícies no mundo. Trata-se de encontrar pontos de orientação em um ambiente mais aberto, composições intensivas que lhes permitam figurar uma determinada espacialidade. Elas se deslocam ao longo, seguindo linhas-guias e traçados, buscando pontos de referência, internalizando as curvas, a temporalidade, as marcas e o movimento do corpo no caminho. Nessa composição corpomundo, não há um sentido necessariamente privilegiado; os indícios se multiplicam para formar uma unidade que, apesar de englobante, é aberta. Em constante atualização, vai ganhando informações a cada instante, a cada distância percorrida, absorvidas por todo o organismo perceptivo. Podemos entender, assim, que as capacidades perceptivas e motoras de pessoas cegas vão sendo forjadas de forma inteiramente relacional, seja nos atendimentos da reabilitação, seja no curso mesmo de seus deslocamentos. Devido às influências recíprocas dos organismos em seus ambientes durante a interação, novas possibilidades de ação e relações significativas com o mundo vão emergindo.

CORPORALIDADES CEGAS COMO FORMAS DE SABER-FAZER

No conhecimento prático desenvolvido por pessoas cegas em experiências cotidianas, podemos reconhecer a capacidade de passar do desconhecido ao conhecido com base em sinais. São formas de discernimento e sagacidade que, mesmo superando-os, estão arraigadas aos sentidos. Uma história contada por Dora delinea a aproximação. Um dia, chegou em casa e sentiu um cheiro de queimado. Sua amiga que morava com ela e outras pessoas presentes na ocasião não sentiram. Dora insistia que sentia o tal cheiro de queimado. Depois de algumas associações, descobriu o que aconteceu:

eu tinha deixado a chave do apartamento com uma ex-vizinha, muito amiga, que já tinha se mudado. Ela tinha um neném pequeno, ele tinha nascido temporão, tinha problema de saúde e o médico dela era perto de lá. Eu tinha deixado uma chave com ela para quando ela fosse ao médico e precisasse lavar o garoto, trocar ele, usar um banheiro, ela poder ir lá em casa. E ela tinha botado o bico da mamadeira para ferver e deixado queimar. Foi no banheiro dar o banho no garoto, esqueceu e o bico queimou. Só eu

que senti o cheiro de queimado. Já tinha resolvido tudo, já tinha limpado. Mas o cheiro tinha ficado. Ninguém descobriu que tinha acontecido aquilo, só eu. Tem umas coisas assim.

Com Delanda (2010), podemos pensar nos limites críticos a partir dos quais uma mudança qualitativa acontece, um grau de intensidade extra que transforma uma impressão sensível (inconsciente) em uma percepção inteligível (consciente). Cada organismo tem seus limiares críticos. O corpo – esse termômetro do devir – de Dora, comparado aos outros corpos visualmente constituídos de seu relato, é capaz de transformar em percepção inteligível consciente um grau mais baixo de intensidade da impressão sensível do odor de queimado.

Reconhecer as roupas pelos detalhes, a boca do fogão pela temperatura do fogo, deduzir que a luz apagou pelo barulho do exaustor, prever a chegada do metrô pelo som, entre tantos outros exemplos de conhecimento do todo pela parte, das causas pelos efeitos, que encontrei durante a pesquisa. Sousa (2004) considera que, em uma análise semiótica, a comunicação do indivíduo cego com o mundo se serve abundantemente de signos indiciais – olfativos, táteis, sonoros, cinestésicos – que surgem como pistas variadas, portas informativas, pontos de referência que indicam lugares, atualizam espaços, denunciam perigos ou confirmam informações. A exploração tátil de um objeto que pude fazer quando estive vendada na casa de Dora - o telefone sem fio - revela características específicas do conhecimento por meio do tato que diferem fundamentalmente de sua apreensão visual². Dora fala da relação das partes com o contexto para identificar o botão de “ligar” em seu telefone.

As pessoas às vezes querem mostrar uma coisa pra gente e aí já pegam a mão da gente e botam num detalhe, de repente bota em um outro detalhe, mas aquilo fica um pouco sem sentido se a gente não tiver o tempo de se relacionar com o contexto. Tipo agora, entendeu? Eu já ia pegar o teu dedo e já dizer assim “olha, é esse botão aqui que você tem que apertar”. Você nem sabe direito, não adianta eu botar o seu dedo naquele botão. Interessa você saber aquele botão em relação aos outros. Eu acho que as pessoas fazem isso pela referência visual delas, porque, pra quem está vendo, você aponta “ali”. Mas não é a mesma coisa, porque o tato não é igual à visão – o tato é analítico, a visão é sintética.

² Sobre o uso da venda como dispositivo metodológico experimental em uma pesquisa sobre a percepção de mundo de pessoas cegas, ver von der Weid (2017).

Ginzburg (2009) associa os métodos de Morelli para a identificação de quadros originais na arte aos métodos do detetive Sherlock Holmes, famoso personagem de Conan Doyle, relacionando-os ainda aos métodos de Freud, nos rudimentos da psicanálise, para delinear um saber de tipo venatório, parte de um modelo epistemológico comum. Articulado em disciplinas tão diferentes quanto a medicina, as práticas de adivinhação ou as ciências humanas, as origens de tal saber são remetidas pelo autor às técnicas dos caçadores. O que o caracteriza é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar uma realidade complexa não experimentável diretamente. O caçador teria sido o primeiro a “narrar uma história”, por ser o único capaz de ler uma série coerente de eventos nas pistas mudas deixadas pela presa.

Os conhecimentos, as técnicas, as dicas ou as pistas desenvolvidas nas práticas de reabilitação e pelas próprias pessoas cegas nas suas atividades cotidianas parecem se aproximar aos métodos do modelo indiciário apresentado por Ginzburg, centrado sobre resíduos, dados marginais, pormenores normalmente considerados triviais ou sem importância que fornecem a chave para captar realidades mais profundas. Em um paradigma indiciário, o rigor não só é inatingível como também indesejável, já que é uma forma de saber ligada à experiência cotidiana, onde a unicidade e o caráter insubstituível dos dados são decisivos. São formas de saber tendencialmente mudas, pois suas regras não se prestam à formalização (Ginzburg, 2009). Os conhecimentos práticos e cotidianos desenvolvidos por pessoas cegas – organização da geladeira, escolha de roupa, lidar com dinheiro – e as suas formas audiotáteis de atuação e exploração do mundo compõem um corpo de saberes locais em que indícios mínimos revelam fenômenos mais gerais, onde estão envolvidas as operações intelectuais de análise, comparação, classificação.³ São formas de saber caracterizadas pela presença ineliminável do qualitativo e do intensivo, por sutilezas não formalizáveis, um conhecimento que nasce da concretude da experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento que se buscou aqui decifrar é, em grande medida, revelado na experiência corpórea do ser no mundo. “Percepção”, em uma leitura fenomenológica, é uma palavra que indica uma direção

³ Esses são alguns exemplos de ações cotidianas que demandam uma estratégia prática ou uma forma própria de fazer por pessoas cegas. O atendimento de AVD é centrado no treino prático e perceptivo para a realização de ações como estas.

em vez de uma função primitiva, um fenômeno a ser entendido no contexto da ação e da corporificação (Merleau-Ponty, 1971). Numa abordagem fenomenológica, os sentidos não se encontram nem na mente nem no objeto, nem no externo, nem no interno, nem na natureza nem na cultura, mas emergem da relação entre eles. Os seres percipientes e sencientes não apenas têm um corpo; eles *são* um corpo. O corpo, neste sentido, é tanto um elemento mediador quanto aquilo que torna possíveis as mediações – orgânicas e não orgânicas. Com inspiração na antropologia ecológica e intensiva de Ingold (2000, 2015), procurei pensar a cegueira a partir dos seus processos de desenvolvimento e das propriedades dinâmicas de campos relacionais – com outros seres humanos e com o ambiente. É na articulação do organismo com o ambiente por meio do desenvolvimento de habilidades práticas que Ingold encontra a indissociabilidade entre mente e corpo.

Uma coisa é a incapacidade de enxergar do órgão físico; outra, completamente distinta, é agir no mundo como cego. Procurei enfatizar as contribuições agentivas de forças humanas e não humanas na fabricação de corporificações cegas que desenvolvem certas potências e capacidades. Tornar-se cego é um acontecimento que depende da colaboração e interferência interativa de muitos corpos e forças que também irão constituir sua materialidade vibrante e vital. Como propõe Bennet, “em um mundo de matéria vibrante não é suficiente dizer que somos corporificações. Somos uma série de corpos, de muitos tipos distintos, conjuntos de microbiomas aninhados” (2010, p. 289, tradução minha).

Enfatizando os processos por meio dos quais as corporalidades cegas se constituem, é possível evitar reducionismos nas definições de corpo e mente como entidades distintas e separadas, que relegam o corpo à dimensão meramente física – objeto, máquina ou instrumento à disposição de uma consciência, corpo que pode ser moldado ou estrangido, mas que não produz significado. A corporalidade cega que emerge dos relatos e das práticas da cegueira também se mostra algo mais do que um meio significante, veículo para a expressão ou transmissão de significados que estão fora dela. É um corpo ativo e produtivo, que não está nunca acabado, um sistema em transformação dotado, entretanto, de ritmicidade, criatividade e habilidades próprias. O esforço realizado foi na direção de afirmar a existência da cegueira a partir do que podem corpos cegos, a fim de não mais reforçar uma ideia de ser da cegueira que implique a negação da sua própria existência – o cego como aquele que não vê.

Não costumamos perceber as práticas que compõem nosso corpo ou nossa capacidade perceptiva visualmente constituída, pois as tomamos como inatas, como naturais. Navegamos no nosso dia a dia, paramos em sinais vermelhos, comemos de garfo e faca, lemos livros impressos em tinta, assistimos a vídeos e montamos *slides* para nossas palestras: o mundo foi pré-agenciado para “nós”, normais. Como já mostrou Le Breton, as sociedades ocidentais permanecem fundadas em um apagamento do corpo – ele é o signo do indivíduo, o lugar de sua diferença e, ao mesmo tempo, paradoxalmente, está frequentemente dissociado dele.

A cegueira nos permite redescobrir a corporalidade, não como base física universal, anterior e distinta à nossa constituição como pessoa, mas como resultado, sempre instável, de um fluxo de associações cuja estabilidade só é mantida por uma dinâmica série de desvios e composições que costumam permanecer invisíveis, a não ser quando alguma coisa falha. Assim, observar como a cegueira é feita nos momentos críticos da reabilitação implica atentar para os arranjos que normalmente mantêm – sensorial e materialmente – o mundo, sem que nenhuma explicitação seja necessária (Boltanski; Thévenot, 1991). A existência da cegueira relativiza o mundo da visualidade ao explicitar as redes e os elementos heterogêneos constitutivos que sustentam nossa ilusão de normalidade. O que a cegueira nos revela é que o mundo não é desse jeito, apenas o *nosso* mundo é construído desse jeito. No entanto, existem outros modos de engajamento e composição de mundos, não centrados na visualidade, distintivamente significativos e hábeis.

Se nortearmos nossas pesquisas pela proposta de Canguilhem (2009), encontraremos que deficiência e eficiência, normalidade e anormalidade, visão e cegueira são processos que não podem ser medidos objetivamente, pois dependem da experiência de corporalidades concretas interagindo em um ambiente. É nesse sentido relacional e valorativo da deficiência que nossas práticas – social, antropológica, médica, terapêutica, pedagógica ou outras – deveriam estar eticamente orientadas para tornar as experiências de vida individuais ou coletivas o mais livres possível de constrangimentos – que, na experiência da deficiência, são impostos por tantos processos, sejam sociais, atitudinais, tecnológicos, subjetivos ou patológicos.

Afirmar a concretude e a especificidade de corporalidades cegas, produzidas por meio de movimentos e práticas, com suas potências e variações, nos permite iluminar a artificialidade dos arranjos corporais que foram tornados padrões – corpos normalizados, docilizados – e

defender as contribuições de outros tipos de corpos para a produção de sistemas de conhecimento e significados do mundo. Em outras palavras, outras modalidades de produção e criação de mundos.

REFERÊNCIAS

Bennet, Jane. *Vibrant matter: a political ecology of things*. London: Duke University Press, 2010.

Boltanski, Luc; Thévenot, Laurent. *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard, 1991.

Canguilhem, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

Cefaï, Daniel. Provações corporais: uma etnografia fenomenológica entre moradores de rua de Paris. *Lua Nova*, n. 79, p. 71-110, 2010.

Delanda, Manuel. *Deleuze: history and science*. New York: Atropos, 2010.

Dewey, John. *Experiência e natureza*. Trad. Murilo Otávio Rodrigues Paes Leme. São Paulo: Abril, 1974.

Foucault, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

Ginzburg, Carlo. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 2009.

Ingold, Tim. Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação*, v. 33, n. 1, p. 6-25, 2010.

_____. *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Petrópolis: Vozes, 2015.

_____. *The perception of the environment*. New York: Routledge, 2000.

_____. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, v. 37, n. 18, p. 25-44, 2012.

Latour, Bruno. *Cogitamus: six lettres sur les humanités scientifiques*. Paris: La Découverte, 2010.

Merleau-Ponty, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

Mol, Annemarie. *The body multiple*. USA: Duke University Press, 2002.

Moser, Ingunn. Against normalisation: subverting norms of ability and disability. *Science as Culture*, v. 9, n, 2, p. 201-240, 2000.

Sousa, Joana Belarmino de. *Aspectos comunicativos da percepção tátil: a escrita em relevo como mecanismo semiótico da cultura*. 2004. 176 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

von der Weid, Olivia. Provincializar a visão: esboços para uma abordagem metodológica. *Teoria e Cultura*, v. 11, p. 131-144, 2017.

SOBRE AS AUTORAS

ARI GHIGGI JR.

Possui graduação em ciências sociais, mestrado e doutorado em antropologia social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente realiza pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da mesma instituição e é pesquisador INCT Brasil Plural. Possui interesse na área de saúde indígena e desenvolve pesquisas sobre atenção à saúde entre os índios Kaingang de Santa Catarina. Contato: ari.ghiggi@gmail.com.

CÍNTIA ENGEL

Mestra em sociologia pela Universidade de Brasília (UnB) e doutoranda em antropologia social pela mesma universidade. Tem pesquisado sobre demências, especialmente doença de Alzheimer, cuidado, prescrição e uso de medicamentos. Possui interesse nas áreas de antropologia da saúde, corpo e gênero. Contato: cintiaengel@gmail.com.

CLARICE RIOS

É antropóloga com graduação em psicologia pela PUC-Rio. Tem mestrado em ciências sociais pela University of Chicago, doutorado em antropologia sociocultural pela University of California, Los Angeles (UCLA), e pós-doutorado em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. Atualmente é professora substituta em psicologia social na UFRJ. Interesses: antropologia psicológica e linguística, antropologia da saúde, estudos de experiência e *expertise*. Contato: clarice.r@gmail.com.

ÉRICA QUINAGLIA SILVA

Professora da Universidade de Brasília. Doutora em sociologia, demografia e antropologia social pela Université Paris Descartes (Sorbonne) e Universidade Federal de Santa Catarina, com pós-doutorado em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense. Atua nas seguintes áreas: antropologia da saúde, bioética, saúde coletiva, saúde mental, antropologia audiovisual e direitos humanos. Contato: equinaglia@yahoo.com.br.

ESTHER JEAN LANGDON

Coordenadora do INCT: Brasil Plural, pesquisadora do CNPq e professora aposentada da UFSC. Seus interesses incluem políticas de saúde, relação dos indígenas com o Estado e reconfiguração das práticas de saúde e do xamanismo perante as políticas culturais. Organizou, com Marina D. Cardoso, o livro *Saúde indígena e políticas comparadas na América Latina*. Contato: estherjeanbr@gmail.com.

MARCIA REIS LONGHI

Professora adjunta da UFPB na área de antropologia. Membro do PPGA/UFPB. Graduada em psicologia pela USP, mestra e doutora em antropologia pela UFPE. Temas de pesquisa: saúde, gênero, geração e grupos populares. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), integrado ao DCS da UFPB desde 2011. Contato: marciareislonghi@gmail.com.

MARÍA E. EPELE.

Antropóloga com especialidade em antropologia da saúde, pesquisadora do CONICET e professora de Universidade de Buenos Aires. É diretora de projetos de pesquisa sobre tratamentos *psi* em populações da periferia de Buenos Aires. Contato: mariaepele33@gmail.com.

MÓNICA FRANCH

Antropóloga, professora associada do Departamento de Ciências Sociais da UFPB. Membro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Antropologia e em Sociologia da mesma universidade. Coursou graduação na Universidade de Barcelona, mestrado na UFPE e doutorado na UFRJ. Em 2016, fez seu pós-doutorado na Universitat Rovira i Virgili, na Espanha. É líder do Grupessc/UFPB e membro do MARC (Medical Anthropology Research Center). Temas de interesse: antropologia da saúde, com foco no HIV/aids, gênero, sexualidade e juventude. Contato: monicafranchg@gmail.com.

NATÁLIA HELOU FAZZIONI

Graduada em ciências sociais pela Unicamp, mestra em antropologia social pelo PPGAS/USP e doutoranda em antropologia cultural pelo PPGSA/UFRJ. Atualmente, investiga as relações entre cuidado, saúde e violência em favelas. Possui interesse nas áreas de antropologia da saúde e antropologia urbana. Contato: nataliafazzioni@gmail.com.

OCTÁVIO BONET

Doutor em antropologia social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente, é professor associado II do Departamento de Antropologia Cultural e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do IFCS/UFRJ. Tem experiência na área de antropologia, com ênfase em antropologia da saúde e da doença, antropologia das emoções e antropologia do corpo. Contato: octavio.bonet@gmail.com.

OLIVIA VON DER WEID

É antropóloga, pesquisadora e professora. Doutorou-se em antropologia cultural pela UFRJ e é mestra em sociologia pela mesma universidade. Atualmente, realiza o pós-doutorado na Uerj. Seus principais interesses de pesquisa são: natureza e cultura, relações humano-animal, gênero e sexualidade, antropologia do corpo, da percepção e dos sentidos, diferenças, cegueira e deficiência. Contato: oliviaweid@gmail.com.

RAISA MARTINS

Graduada em ciências sociais pela UFAL e mestra em antropologia social pela UnB. Atualmente, é professora substituta na Faculdade de Ceilândia/UnB e consultora na Secretaria Especial de Saúde Indígena. Possui interesse nas áreas de antropologia da saúde, ciência, técnica e políticas públicas. Contato: raysamicaelle@gmail.com.

ROSAMARIA CARNEIRO

Professora da Universidade de Brasília. Doutora em ciências sociais pela Unicamp. Pesquisadora nas seguintes áreas: teoria antropológica, saúde sexual e reprodutiva, gênero, sexualidade, saúde pública e políticas públicas. Autora de *Cenas de parto e políticas do corpo*. Fiocruz, 2015. Contato: rosacarneiro@unb.br.

ROSANA CASTRO

Doutoranda em antropologia social pela Universidade de Brasília. Especialista em saúde coletiva pela Fiocruz Brasília. Interessa-se pela investigação antropológica nas áreas de saúde, corpo, ciência e medicamentos. Atualmente, realiza pesquisa sobre experimentação farmacêutica em seres humanos e ações de coletivos de pacientes por acesso a tratamentos experimentais no Brasil. Contato: rosacastro27@gmail.com.

SIRLENE BARBOSA CORRÊA PASSOLD

Graduada em serviço social pela Unopar e mestra em sustentabilidade junto a povos e terras tradicionais pela UnB/MESPT. Interesse de pesquisa: práticas e conhecimentos tradicionais das mulheres quilombolas do Puris. Contato: sirlenebarbosa45@hotmail.com.

SÔNIA WEIDNER MALUF

Professora titular aposentada da UFSC e docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFSC. É coordenadora Executiva do INCT Brasil Plural e do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (Transes). Realiza pesquisas em antropologia política, Estado e políticas públicas; antropologia, gênero e feminismo; e antropologia e saúde mental, entre outros temas. Contato: soniawmaluf@gmail.com.

SORAYA FLEISCHER

É professora do Departamento de Antropologia da UnB. Tem se debruçado, mais recentemente, nos efeitos da epidemia do zika sobre famílias pobres da grande Recife. Visando sempre à popularização da antropologia, sua equipe de pesquisa criou um blog para (re)contar histórias da epidemia: <https://microhistorias.wixsite.com/microhistorias>. Contato: soraya@unb.br.

VICTOR HUGO BARRETO

Doutor em antropologia pela UFF. Atualmente, é pesquisador de pós-doutorado vinculado ao PPGAS do Museu Nacional/UFRJ. Publicou os livros *Vamos fazer uma sacanagem gostosa? Uma etnografia da prostituição masculina carioca* (EDUFF, 2017) e *Festas de orgia para homens: territórios de intensidade e sociabilidade masculina* (Devires, 2017). Contato: torugobarreto@yahoo.com.br.

Apoio:



Departamento de
Saúde Coletiva