

Teoria e Cultura

Revista da Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF

Vol. 15 / n. 1
2020



Dossiê:

Saúde, corpos e saberes

ISSN v2318-101x

TEORIA e CULTURA

REVISTA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS DA UFJF

VOLUME 15, NÚMERO 1
JANEIRO A JUNHO DE 2020
JUIZ DE FORA - MG, BRASIL

Saúde, corpos e saberes
Organizadores:
Cristina Dias da Silva
Marcos Castro Carvalho



ISSN 2318-101x (on-line)
ISSN 1809-5968 (print)

Teoria e Cultura	Juiz de Fora	v. 15	n. 1	Jan/Dez	p. 179	2020
------------------	--------------	-------	------	---------	--------	------

Teoria e Cultura é uma publicação semestral do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora, destinada à divulgação e disseminação de textos na área de Ciências Sociais (antropologia, ciência política e sociologia), estimulando o debate científico-acadêmico. O projeto editorial contempla artigos científicos, verbetes, ensaios, resenhas, entrevistas, fotografias e traduções de textos da área de ciências sociais. A revista publica predominantemente em português e é aberta a outras línguas, havendo justificativa editorial. A revista está classificada, de acordo com a atual avaliação da CAPES, como QUALIS B2 em Sociologia.

Endereço eletrônico: <http://teoriaecultura.ufjf.emnuvens.com.br/TeoriaeCultura/index>

E-mail: teoriaecultura@gmail.com

EDITOR / EDITOR

Raphael Bispo

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Carlos Francisco Perez Reyna

Christiane Jalles de Paula

Jorge Chaloub

Rogéria Campos de Almeida Dutra

Thiago Duarte Pimentel

EDITOR ASSISTENTE / ASSISTANT EDITOR

Oswaldo Zampiroli

Luiza Cotta Pimenta

PROJETO GRÁFICO / GRAPHIC PROJECT

Carolina Pires Araújo

Paula Ambrosio Carvalho

DIAGRAMAÇÃO / DIAGRAMMING

Bruna Damaceno Furtado

Eric Barbosa Fraga

REVISÃO / REVIEW

A responsabilidade final sobre a revisão dos textos da Teoria e Cultura é dos próprios autores

CONSELHO CONSULTIVO / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Beatriz de Basto Teixeira (UFJF)

Cornelia Eckert (UFRGS)

Eduardo Antônio Salomão Condé (UFJF)

Euler David Siqueira (UFRRJ)

Fátima Regina Gomes Tavares (UFBA)

Francisco Colom González (IFS, CSIC, Espanha)

Jorge Ruben Tapia (UNICAMP)

José Alcides Figueiredo Santos (UFJF)

Jurema Gorski Brites (UFSM)

Luiz Fernando Dias Duarte (Museu Nacional/UFRJ)

Luiz Werneck Vianna (PUC/RJ)

Marcelo Ayres Camurça (UFJF)

Maria Alice Rezende de Carvalho (PUC/RJ)

Maria Claudia Pereira Coelho (UERJ)

Moacir Palmeira (Museu Nacional/UFRJ)

Octavio Andrés Ramon Bonet (IFCS/ UFRJ)

Octavio Guilherme Velho (Museu Nacional/UFRJ)

Philippe Portier (EPHE, Paris-Sorbonne, França)

Raul Franciso Magalhães (UFJF)

Rodrigo Rodrigues-Silveira (USAL, Argentina)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Reitor

Marcos Vinicius David

Vice-Reitora

Girlene Alves da Silva

Pró-Reitora de Cultura

Valéria de Faria Cristofano

Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação

Mônica Ribeiro de Oliveira

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

Diretor do ICH

Robert Daibert Júnior

Coordenadora do PPGCSO

Paulo Cesar Pontes Fraga

Chefe do Departamento de Ciências Sociais

Felipe Maia



EDITORA UFJF

Diretor da Editora Uff / Presidente do Conselho Editorial

Jorge Carlos Felz Ferreira

Conselho Editorial

Jair Adriano Kopke de Aguiar

Taís de Souza Barbosa

Rodrigo Alves Dias

Emerson José Sena da Silveira

Maria Lúcia Duriguetto

Elson Magalhães Toledo

Charlene Martins Miotti

Rafael Alves Bonfim de Queiroz

<http://www.editoraufjf.com.br>

E-mail: editora@ufff.edu.br

Tel.: (32) 3229-7646

Ficha catalográfica

Teoria e Cultura: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Ciências Sociais. v. 15 n.1 Janeiro - Julho 2020, Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2020.

Semestral

ISSN 1809-5968 (impresso/print)

ISSN 2318-101x (on-line)

1. Ciências Sociais - Periódicos

CDU 302.01 (05)

SUMÁRIO

Nota Editorial	07
Dossiê	
Apresentação: Saúde, corpos e saberes Cristina Dias da Silva e Marcos Castro Carvalho	08
A escuta participante e a noção de imponderável revisitada Cristina Dias da Silva	11
Práticas de cuidado, redes sociais e itinerários terapêuticos em um bairro popularde Águas Lindas de Goiás Ludmila Santos Silva e Silvia Guimaraes	24
“Vivo aquí ¿qué quieren que haga?”: dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural Horacio Pereyra	37
“Eu vou escutar esse povo!”: uma abordagem antropológica sobre experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas, em Pernambuco, Brasil Flavia Maria Martins Vieira	49
Entre a formação e a prática: o caso dos vigilantes patrimoniais na saúde Rachel Aisengart Menezes e Priscila Cassemiro	64
Corpos em revista: etnografia com visitantes em prisões femininas Helena Salgueiro Lermen e Martinho Braga Batista e Silva	80
“Sem capa”: notas sobre o trabalho de campo de uma etnografia sobre o sexo bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro Vladimir Porfirio Bezerra e Sonia Giacomini	91
Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas Silvia Monnerat	107
A(s) casa(s) e a rua: o zelo pela moradia dos deuses e de si-mesmo por parte de candomblecistas em processo de desinstitucionalização em saúde mental Clarice Moreira Portugal e Mônica Nunes	121

Uma bildung corporificada na cura antropológica	137
Raquel Littério de Bastos	
Multiplicidades-ciborgue, reabilitações e reflexões sobre o corpo: uma conversa entre dois cientistas	148
Marco Antonio Gavério e Gil Vicente Nagai Lourenção	
De algumas vontades de saber na neurociência: a saga dos cérebros sexuais	162
Marcos Castro Carvalho	
Normas para publicação	178

Nota Editorial

O primeiro volume do ano de 2020 de Teoria e Cultura é um número especial. O dossiê Saúde, corpos e saberes, organizado por Cristina Dias da Silva e Marcos Castro Carvalho, trás contribuições importantes para os debates contemporâneos desenvolvidos nas ciências sociais sobre saúde e conhecimentos especializados (científicos, populares, etc). Por conta de ser uma edição especial, as sessões “Artigos” e “Resenhas” não compõem este novo número, apenas o dossiê propriamente dito. Porém, seguindo o fluxo contínuo da revista, ao longo de 2020 ainda teremos mais dois volumes disponíveis aos leitores: em julho e dezembro.

Como de praxe, é sempre muito importante agradecer imensamente a equipe da revista, que tem trabalhado a partir de condições precárias para que Teoria e Cultura continue a circular no meio acadêmico. A diagramação foi realizada por Bruna Damaceno Furtado e Eric Barbosa Fraga, alunos do curso de ciências sociais da UFJF que aos poucos estão também aprendendo sobre as práticas da comunicação social e da editoração. Oswaldo Zampiroli e Luiza Cotta Pimenta também compuseram a equipe de assistência editorial, auxiliando na revisão dos textos e na produção criativa da revista. A todxs, agradeço a possibilidade de contar com vocês em mais um número de Teoria e Cultura.

Boa leitura,

Raphael Bispo
Editor-Responsável de Teoria e Cultura

Apresentação

Saúde, corpos e saberes

*Cristina Dias da Silva*¹
*Marcos Castro Carvalho*²

A coletânea de artigos que ora se apresenta ao leitor reflete um esforço de agenciar iniciativas diversas em antropologia da saúde, sob uma perspectiva que permita renovar estratégias de análise a partir de etnografias atuais. A diversidade de contextos etnográficos reflete o entusiasmo que nós, organizadores, tivemos ao receber as contribuições. A corporalidade é, certamente, um elemento forte nos debates, através dos quais revisitamos clássicos fundadores da teoria antropológica, sem perder de vista o caráter potencial destas novas etnografias – que envolvem tanto um olhar sobre o estado e as práticas estatais e das instituições, como as práticas científicas e suas redes. O escrutínio etnográfico estrutura as possibilidades de diálogo, manifestando nossa preocupação de que a saúde não seja reificada enquanto um tema simplesmente, mas um campo de reflexão e atuação cujos trabalhos antropológicos estão inseridos. O olhar sobre a saúde é, portanto, um olhar sobre as dinâmicas sociais e políticas que permanentemente criam e recriam habilidades, gostos, valores, gestos e poderes. A corporalidade é analisada em movimentos simbólicos, alegorias ocidentais sobre fazer saúde, fazer estado, fazer ciência.

Neste sentido, os corpos aparecem aqui por meio de diversos olhares disciplinares – na medida em que os/as autores/as são oriundos/as de distintos campos que remetem evidentemente à antropologia, mas também à sociologia, à saúde coletiva, entre outros –, bem como a partir de diferentes estratégias metodológicas – que incluem observação participante, entrevistas, análises de documentos estatais e de materiais científicos, e assim por diante. Corpos que circulam por instituições, produzem trajetórias e biografias de cuidado e controle, sofrem, são potencializados pela ação coletiva, são (in)visibilizados pelo Estado e pela ciência, são individualizados ou coletivizados, escrutinados e avaliados por determinadas práticas e saberes, mas também resilientes e criativos na produção cotidiana de estados de saúde que vão muito além da simples ausência de doenças. Logo, se a patente diversidade temática e teórico-metodológica das pesquisas reunidas nesse dossiê apontam para a riqueza do campo, a pertinência atual de temas caros à antropologia da saúde e a proliferação de novas searas de investigação dentro da mesma, por outro lado também é claro que a maioria dos artigos, de uma forma ou de outra, tocam na questão mais geral das delimitações e borramentos de fronteiras corporais sempre instáveis em diferentes âmbitos, demonstrando que a produção de corpos e da saúde nunca é unilateral, e muito menos consensual ou previamente dada.

1 Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

2 Pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

“A escuta participante e a noção de imponderável revisitada”, de autoria de Cristina Dias da Silva, abre o dossiê trazendo uma contribuição instigante para se pensar o fazer etnográfico em antropologia da saúde tomando como foco central de sua reflexão as pesquisas em saúde indígena, mas levando também em consideração outros contextos e cenários da saúde pública e das políticas de saúde no país. A partir da noção antropológica de “escuta participante”, a autora realiza uma leitura transversal de diversos trabalhos recentes, buscando demonstrar a importância de engajamentos etnográficos que levem em consideração os silêncios narrativos, as dores indizíveis, os usos êmicos da ideia de “improviso” e a tradução desses sofreres em um texto antropológico que coloque em questão os imponderáveis do trabalho de campo e a própria posição e corporalidade do/a antropólogo/a.

No artigo seguinte, “Práticas de cuidado, redes sociais e itinerários terapêuticos em um bairro popular de Águas Lindas de Goiás”, assinado por Ludmila Silva e Silvia Guimarães, podemos ver como a compreensão pormenorizada dos itinerários terapêuticos nos permite articular dimensões políticas e corporais, fazendo jus a uma tradição antropológica já consolidada, assim como as dinâmicas indissociáveis entre rural e urbano, no artigo de Horacio Pereyra, “Vivo aquí ¿qué quieren que haga? Dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural” são apresentadas através de uma interface entre sanitarismo, políticas de saúde e reificação da pobreza enquanto “cultura”. Focando ainda no cotidiano da implementação das políticas de saúde pública, Flávia Martins Vieira, em ““Eu vou escutar esse povo!”: uma abordagem antropológica sobre experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas, em Pernambuco, Brasil”, analisa as formas com que profissionais de saúde acionam as culturas indígenas para justificar um legado de práticas estatais direcionadas aos povos indígenas, e cuja tradição remonta ao início do século XX.

Se tais trabalhos se voltam mais para as práticas de saúde no território e a implementação de políticas estatais em espaços comunitários, outros abordam ambientes propriamente institucionais e espacialmente delimitados. Um deles é o artigo assinado por Rachel Aisengart Menezes e Priscila Casemiro, “Entre a formação e a prática: o caso dos vigilantes patrimoniais na saúde”. Nele, as autoras discutem uma dimensão dos serviços e do atendimento em saúde ainda muito pouco discutida na literatura socioantropológica, qual seja, a realidade dos agentes de segurança em instituições de saúde e suas práticas cotidianas. Para além de sua invisibilidade na literatura acadêmica, tais profissionais parecem também pouco visíveis para as políticas públicas e as normativas estatais, sendo que a maior parte do que aprendem em termos de acolhimento, triagem e organização dos serviços é decorrente muito mais de um conhecimento tácito e informal que adquirem no dia-a-dia do que da formação incipiente que recebem para atuar no campo da saúde. Outro dos textos que aventam os meandros institucionais é “Corpos em revista: etnografia com visitantes em prisões femininas”, de autoria de Helena Salgueiro Lermen e Martinho Braga Batista e Silva. O artigo centra-se em uma gestão estatal de pessoas e objetos ainda mais institucionalizada que os serviços de saúde, através da análise da circulação de mulheres no ambiente de uma instituição total prisional, marcada por modos de controle que tensionam gênero, fronteiras corporais e noções de “contaminação” e “higiene”.

Em torno do imaginário da contaminação, do “nojo” e da “pureza”, também caminha a argumentação de Vladimir Porfirio Bezerra e Sonia Giacomini em ““Sem capa”: notas sobre o trabalho de campo de uma etnografia sobre o sexo bareback entre homens na cidade do rio de janeiro”, discutindo os dilemas do fazer etnográfico em um contexto bastante estigmatizado e considerado “de risco”.

Outra temática cara à antropologia da saúde no Brasil, retomada de forma criativa e contemporânea no presente dossiê, é a discussão sobre saúde mental e suas complexidades. Em “Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas”, Silvia Monnerat aborda os usos e significados dos medicamentos psicotrópicos na gestão dos “sintomas” da “doença mental”, que envolvem decisões dos profissionais mas também

apropriações específicas de usuários e familiares, que gerenciam os usos dos remédios por meio do conhecimento adquirido na experiência, em reformulações da “loucura” que, mesmo quando questionadoras do próprio estatuto da doença, nunca prescindem da medicação. Clarice Moreira Portugal e Mônica Nunes, por sua vez, em “A(s) casa(s) e a rua: o zelo pela moradia dos deuses e de si-mesmo por parte de candomblecistas em processo de desinstitucionalização em saúde mental”, refletem sobre a problemática da elaboração da corporeidade e do cuidado de si através da imersão religiosa no candomblé por pessoas que vivenciam sofrimento mental, em um processo que envolve a transformação da expressão e estética corporal e a reelaboração do espaço da casa na busca de um reordenamento da aflição e um adensamento da rede de apoio e reconhecimento.

Ainda, outra faceta interessante desse campo plural é aquela que versa sobre as diferentes ciências da saúde e dos corpos. Raquel Letterio Barros, em “Uma *bildung* corporificada na cura antropológica”, elabora uma análise interessante sobre como a noção de corpo possui um caráter teórico-metodológico que se atualiza em novas formas sociais da cura, nas quais a noção de indivíduo se destaca. Já Marco Antonio Gavério e Gil Vicente Nagai Lourenção, no artigo intitulado “Multiplicidades-ciborgue, reabilitações e reflexões sobre o corpo: uma conversa entre dois cientistas”, aliam uma discussão sobre cibernética a um contraste rico entre novos domínios biotecnológicos e as práticas diárias das ciências da reabilitação nos contextos japonês e brasileiro, permitindo vislumbrar tensionamentos, desfazimentos e refazimentos de fronteiras, limites e potencialidades corporais-maquínicas. Por fim, o artigo de Marcos Castro Carvalho “De algumas vontades de saber na neurociência: a saga dos cérebros sexuais”, discute o quão intrincado pode ser o processo de produção científica de uma verdade última sobre sexo/gênero. Através da análise de publicações na área das neurociências, o autor debate o poder de classificação das novas imagens e exames cerebrais, pelas quais os gêneros não são sugeridos apenas como sendo cerebralmente/ fisicamente distintos, mas são apresentados como opostos excludentes. O artigo questiona os limites da produção de dados plenamente confiáveis, “caixas-pretas” que restam inquestionáveis e que, por tal razão, são antecipadas ao próprio processo de produção dos dados pelos neurocientistas. Nesse enredo, reificam-se certos estereótipos de gênero e sexualidade.

A escuta participante e a noção de imponderável revisitada

Cristina Dias da Silva¹

Resumo

Este texto discute e problematiza, tomando como inspiração etnografias recentes produzidas no âmbito da antropologia da saúde e saúde indígena, as noções de escuta participante e de imponderável. Busco argumentar em torno do impacto desses dois elementos em nossa produção conceitual, compreendendo como tais etnografias podem atualizar a teoria antropológica. O artigo está estruturado em dois pontos: 1) a escuta participante nas etnografias da saúde e 2) o improviso, categoria nativa entre profissionais da saúde, e suas conexões com a noção de imponderável, conceito antropológico.

Palavras-chave: *Antropologia da saúde; etnografias; escuta participante; imponderáveis*

Participant listening and notion of imponderable revisited

Abstract

This article discusses, taking as inspiration recent ethnographies in health anthropology and indigenous health, the notions of participant listening and imponderable. I seek to argue around the impact of these two elements on our conceptual construction, as well as how ethnographies in health anthropology update the anthropological theory. The article is structured as follows: 1) listening as participation, as a form of engagement. 2) improvisation, being a native category among health professionals, and its connections with the notion of imponderable as an anthropological concept.

Keywords: *Anthropology of health; ethnographies; participant listening; imponderable*

Introdução

Veena Das, já faz algum tempo, tem chamado a atenção para o sentido político da produção antropológica. Atenta ao cenário de pertença às distintas comunidade antropológicas formadas no decorrer do último século, ela define assim sua política epistemológica:

A eurocentric discourse may be the dominant discourse of social anthropology, but anthropologists who inhabit peripheral spaces like India or Brazil have built their own communities of conversation out of the immediacy of their own environment. (...) I would like to reflect on the possibility of local and diverse traditions of the discipline leading to a different direction in the creation of anthropological understanding. (1995: 197-199).

¹ Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Para Das, o desafio de criar um entendimento antropológico reside, portanto, em uma política do reconhecimento das tradições teóricas *historicamente tecidas*. Se levarmos essa proposta para pensarmos que tipo de antropologia da saúde produzimos, podemos supor um movimento pendular entre: (1) o compromisso de reconhecer e apontar violências produzidas pelos agentes governamentais no interior dos próprios atos administrativos e, ao mesmo tempo, (2) acolher as perspectivas destes agentes, produzindo uma renovação da dicotomia medicina ocidental *versus* medicinas tradicionais. Nota-se que o movimento pendular poderia ser vinculado a uma teoria antropológica mais abrangente, que pensa as relações de poder para dentro e para fora dos trabalhos de campo e das respectivas etnografias. Nesse sentido, os trabalhos de Souza Lima (2002a, 2002b, 2002c), Teixeira (2009, 2010 e 2012), Ferreira (2009), Barroso-Hoffman (2009) e Bronz (2016) entrelaçam – desde seus distintos contextos – a perspectiva antropológica sobre fazer estado, a partir da qual o conceito de poder é compreendido processualmente. Por tal razão, a antropologia da política, do estado e/ou da governança produz um diálogo profícuo com a antropologia social de Veena Das.

Não é pretensão deste artigo realizar um estado da arte das etnografias em saúde, este seria um trabalho muito mais extenso. A intenção foi reunir ideias similares discutidas nas referidas etnografias, com objetivo de criar um diálogo propositivo sobre os conceitos de escuta participante e improviso/imponderável – considerando a hipótese de que tais conceitos podem oferecer sínteses teóricas interessantes. Ainda, é fortuito chamar atenção para o fato de que tanto as problematizações sobre a escuta como sobre os improvisos/imponderáveis não são elementos que podemos localizar nas etnografias recentes como citações diretas. São, antes, uma oportunidade dialogar, entre outras coisas, com o arcabouço conceitual sobre poder, inspirado em Foucault (2005), Elias (1990), Abrams (1988), Austin (1990), entre outros, que tem frequentemente se atualizado por meio

das narrativas que envolvem conflitos e tensões na antropologia da saúde. Quando tal fazer antropológico se aproxima das burocracias estatais temos um quadro bastante complexo a ser considerado, e as dificuldades de se estudar o estado se tornam mais evidentes. Portanto, o esforço analítico empregado foi o de produzir diálogos pontuais entre as etnografias recentes, através de um fio condutor (escuta participante e improvisos/imponderáveis) que mesclasse tanto as experiências de interlocução, quanto as considerações ético-políticas, bem como o posicionamento dos autores frente aos desafios do trabalho de campo em antropologia da saúde.

A escuta participante e a escrita etnográfica: as etnografias em saúde

Nas etnografias mais recentes em antropologia da saúde, a escuta e o silêncio aparecem como elementos transversais nas etnografias (TONIOL, 2015; OSHAI, 2017; BARBIN Jr., 2016; NOGUEIRA 2016; MANSO, 2015; SANTOS, 2015; SILVA, 2016), isto é, pertencem ao universo descritivo dos autores, mesmo que não constituam os argumentos centrais. As pesquisas sobre saúde na Antropologia ocorrem, quase sempre, pela conexão com processos saúde/doença/bem-estar, que histórica e politicamente já foram capturados anteriormente por certo olhar sobre nós e os outros: envelhecimento *versus* juventude, doenças específicas e/ou crônicas, saúde mental, contextos de violência institucional e ambiental, itinerários terapêuticos na saúde indígena, entre outros. Em comum, o sofrimento ou a dor torna-se um problema teórico digno de ser repensado, aparecendo algumas vezes como ossos do ofício ou, ainda, como um elemento empírico disperso. Os cenários na saúde podem ser imprevisíveis num sentido da urgência ou emergência médica, mas possuem a constância da dor e do sofrimento no interior da diversidade destes itinerários terapêuticos. Assim, somam-se dois níveis de análises a serem entrelaçados: a dor e o sofrimento como um problema ético e teórico para a escrita etnográfica e a própria

dificuldade que constitui o fazer antropologia da saúde ao considerar a intensidade das emoções como elemento constitutivo dos diálogos, das interações e dos contextos de vida cotidiana.

De maneira similar, um dos maiores desafios teórico-metodológicos para pesquisadores que atuam na ‘passagem’ entre saúde e política é demonstrar sua indissociabilidade e ao mesmo tempo atualizar as possibilidades de passar de um domínio a outro, isto é, do cuidado à política (CARNEIRO, 2011) ou ainda das emoções à política (COELHO, 2010) – reconhecendo que estes, muitas vezes, são domínios tomados pelo senso comum acadêmico como opostos, talvez porque um remeteria supostamente e exclusivamente ao domínio do privado e o outro do público. Portanto, residiria nesses trabalhos um esforço analítico admirável para pô-los em franco diálogo. Itinerários terapêuticos², para tomar um conceito basilar em estudos da antropologia da saúde, não são apenas caminhos ou trajetos delineados por um tempo cronológico ou em um espaço linear, mas se apresentam nas etnografias, sobretudo, como histórias múltiplas e complexas, em torno de tomadas de decisão, arrependimentos, dores, sofrimentos, discriminações e relações de poder institucionalizadas, estabelecendo um desafio de linguagem para descrever tais complexidades.

Quando Forsey, em um artigo publicado em 2010, defende que a noção de escuta participante não é apenas dar ênfase a uma nova sensorialidade, o autor busca justamente um novo sentido intelectual ao ouvir, e vislumbra uma escrita etnográfica que o incorpore. Ouvir como exercício de construção da alteridade seria uma forma de produzir conhecimento: “It may well be the case that some researchers are more

aural than visual and vice versa – a phenomenon that is bound to influence not only the ways in which research is pursued, but also what is pursued, and what is found” (FORSEY, 2010, p.560). Assim, o autor coloca o problema da escuta para além da percepção/sensorialidade, obrigando o leitor a voltar-se para o aspecto produtivo e intencional de toda escuta. O que estamos ouvindo de nossos pesquisados? Não são poucos os relatos entre antropólogos da saúde onde a dor e o sofrimento alheios são tomados por uma escuta atenta. Embora o sofrimento seja um elemento central para a experiência dos antropólogos, a perspectiva de denúncia já tem sido o suficientemente apontada como limitada, pois ela nunca pode ser inteiramente refletida na experiência de construção textual sem perder parte da sua integridade enquanto ação política. Assim, aponta-nos para certos limites da escrita, não como um defeito, mas, antes, como uma qualidade a ser considerada. O que, nesse sentido, nos propõe Forsey é encontrar um caminho teórico mais adequado para a escuta do que o apelo a seu caráter imediato de sensorialidade imiscuída a sensibilidades individuais.

Cardoso de Oliveira (1998) já havia trazido a escuta/o ouvir como parte de uma tríade de operações analíticas próprias de nosso ofício, como um processo que se daria em três partes mais ou menos sequenciais: o olhar, o ouvir, o escrever. Por sua vez, Forsey torna especificamente a escuta uma catalisadora para a reflexão antropológica, ao substituir as oposições entre escuta (passiva) e fala (ativa) pelo caráter ativo de toda escuta e sua consequente politização. Tratar-se-iam de certas hierarquias do ouvir, e não de uma miríade de possibilidades orquestradas por nossas sensibilidades pessoais. Estamos no reino da

2 Itinerário ou itinerário(s) terapêutico(s), portanto, é aqui usado em seu sentido notoriamente conhecido pelos estudiosos da antropologia da saúde, isto é, com a ressalva fundamental de que não se tratam de caminhos ou trajetos fixos, mas de percursos em amplo sentido: disputas de poder específicas sobre a lógica do atendimento prestado, disputas sobre o sentido mesmo de certos sintomas, disputas em torno da ordem dos acontecimentos em torno do doente. As descrições desses itinerários sempre nos conduziram a mapas mentais e políticos, e não a mapas no sentido geográfico ou literal... Neste sentido, trata-se de um termo com inspiração nos debates antropológicos feitos a partir da intensidade de seus trabalhos de campo, e cujo legado tem sido complexificar e expandir os significados da própria noção de “itinerários terapêuticos. Assim, optamos pelo seu uso consagrado na literatura da área como em Langdon (2014), Garnelo (2003), entre outros. Ademais, adiro ao termo itinerário com a perspectiva de que o adensamento etnográfico desses percursos seja um respaldo suficiente para que o debate antropológico se estabeleça em um viés menos nominalista, conforme discute Duarte em artigo recente sobre romantismo e holismo na antropologia do Ocidente (2015).

linguagem e da classificação – como bem destacou Cardoso de Oliveira. Soma-se a isso o fato de que as etnografias em antropologia da saúde abundam em narrativas sobre adoecimento e itinerários que constroem dinâmicas de poder, relações sociais, sujeitos e subjetividades, e nesse sentido instauram novos pressupostos de linguagem, nos empurrando para novas fronteiras: narrativas, testemunhos, itinerários terapêuticos, silêncios, linguagem onírica, autoetnografia, entre outros experimentos.

Vejamos, por exemplo, alguns trechos de etnografias que se propõem a ir além, pautando a dor como elemento narrativo capaz de sintetizar ideias e valores, assim como nos permite problematizar o que os pesquisadores estão ouvindo:

Reconhecer a dor como objeto de atenção terapêutica é, para alguns analistas (Clarke; Schim, 2003), a expressão de processos de biomedicalização mais recentes, que têm transformado certos tipos de experiências, práticas e períodos da vida em fenômenos de interesse da expertise médica (...) Mesmo reconhecendo que a emergência de clínicas especializadas no tratamento da dor possam estar relacionadas com esse movimento de biomedicalização da vida, é preciso assinalar que há, na relação paciente-dor-especialista, *certas singularidades que não podem ser descritas se levarmos em conta apenas esse tipo de referência.* (Tonio, 2015:140-141) (grifos meus)

Diante do sofrimento e das negligências no atendimento, foi necessário alterar a condição de ‘paciente’ para ‘agente’. A mãe da Sr^a. Claudiane, tendo experimentado e acumulado uma série de situações de violações de direitos, seus e de seus familiares, fez uso das armas que tinha no momento. *Usou da palavra para ‘esculhambar’.* O médico que estava no hospital, mas que parecia não estar, pois não queria atender, ao ser afrontado pelo ímpeto da mãe da Sr^a. Claudiane, resolveu agir. Outras pressões, entretanto, ainda teriam que ser realizadas para que houvesse, de fato, o alento para o sofrimento físico da Sr^a. Claudiane. (Oshai, 2017:334) (Grifos meus)

As “andanças” não bastam para construir o vínculo. Este é um trabalho inscrito no tempo, um trabalho que se faz também pela repetição e no trabalho em produzir continuidade das relações. *Faz-se vínculo pela escuta e na escuta das queixas e sofrimentos*, pelos conselhos, pelos apertos de mão, abraços e pequenas trocas de afetos. Todas essas pequenas interações, pequenos gestos produzem vínculo e instauram possibilidades de cuidado. (Nogueira, 2016:122) (grifos meus)

Ao seguir o modelo da anamnese clássica poderíamos supor que este tipo de relação ocorreria de forma impessoal, ao contrário, junto a estas informações, existe a preocupação com o doente, com sua história de vida, as visitas domiciliares vão além do olhar médico, da leitura das receitas, do contar o número de remédios que foram tomados, ou do toque das mãos para verificar a ocorrência de nódulos no corpo ou erupções na pele, *há o momento da escuta, do silêncio*, para além de perguntas e resposta. (SANTOS, 2015:187) (grifos meus)

As etnografias claramente buscam capturar novos objetos do ouvir, assim como reivindicam certos sujeitos do ouvir, os pacientes, nesse processo de condução da pesquisa de campo. Para além do conflito com a biomedicina, como modelo insuficiente, nota-se, também, que há uma persistente tematização de como descrever a dor e o sofrimento, e a noção de que algo nessa experiência, por mais bem intencionado que seja o pesquisador, parece não caber no processo da escrita.

Se tomarmos a referência clássica de Alfred Schutz (1979), por exemplo, temos que seu conceito “sistema de relevâncias” seria a base de toda relação social, em sua apreensão fenomenológica ao menos. Comparativamente, seria possível pensar que há certo sistema de relevância em jogo atuando como causa e efeito de uma linguagem descritiva em que nossos trabalhos de campo estão imersos. Assim, é interessante notar que nas etnografias em antropologia da saúde a passagem da experiência

da dor e do sofrimento à linguagem escrita acadêmica/antropológica, como vemos nos trechos supracitados, pode ser percebida a partir do que Veena Das compreende como um exercício conjunto de produção de memória: “construir memórias através do compartilhamento da dor é bem distinto de construir memórias através de coleções em museus” (DAS, 2007:37)³. O ponto desta Antropologia social de Das é qualificar a relação entre linguagem e dor em seus limites descritivos, assim como experimentar a linguagem enquanto corpo, proposta teórica contida em *Critical Events* (1995) e atualizada em outros trabalhos da autora como em *Life and Words* (2007) e no mais recente *Affliction: Health, disease, poverty* (2015)⁴.

Propomos assim um exercício reflexivo sobre as etnografias recentes da antropologia da saúde, certamente não para esgotar suas possibilidades, mas para apurar a descrição do sofrimento e da dor como elementos que interpelam diretamente o pesquisador, destacando o caráter político de tais trabalhos, como o faz Das quando relaciona o sofrimento alheio ao *corpo do pesquisador*:

The healing force of social anthropology can come if the experience of suffering we have encountered in these chapters do not become cause for consolidating the authority of the discipline, but rather an occasion for forming one body, providing voice, and touching victims, so that their pain may be experienced in other bodies as well. (DAS, 1995:196)

Assim, a experiência da dor do outro destacaria os aspectos críticos de uma escuta participante, sendo tributária de uma postura política – estar no corpo do outro ou estar na pele do outro, enfim, conectar-se intelectualmente no processo da escrita a um corpo político e coletivo, jamais a um corpo biológico, mas antes

a um *corpus*.

Acrescentaria, ainda, a esse debate, o quanto as etnografias em torno da saúde indígena teriam o potencial de mostrar tal caráter auto-reflexivo, pois há uma confluência maior de linguagens conceituais: alguns trabalhos enfatizam categorias como estado, administração pública e rituais da política e outros enfatizam processos saúde-doença, itinerários terapêuticos, rituais de cura. A noção de corpo, entretanto, une muitas dessas etnografias, em que há um debate em torno de algumas circunstâncias que se polarizam: corpo como controle, corpo como experiência, corpo como linguagem.

O imprevisto e o imponderável: as etnografias em saúde indígena

Dando continuidade ao exercício reflexivo iniciado pela questão de uma escuta participante nas etnografias da saúde – que revelam o potencial de reinventar a escrita etnográfica através de cenários que se complexificam ao longo do tempo, nos termos da relação entre pesquisadores, pesquisados e agentes governamentais –, nos casos de etnografias em saúde indígena, particularmente, o exercício do ouvir qualificado se delinea, sobretudo, através das noções de imprevisto e imponderável.

Se ao final dos anos de 1980 e meados dos anos 1990 as primeiras críticas ao modelo de atendimento em saúde aos povos indígenas já apontava relações tensas entre antropólogos e profissionais de saúde (COSTA, 1987; GALLOIS, 1991; BUCHILLET, 1991; GREENE, 1998), em pouco mais de vinte anos, e após o processo de distritalização⁵, há muito mais tensões nascidas no seio dessas relações de pesquisa. O surgimento de uma série de reivindicações por parte de novas associações indígenas, além da ascensão da ideia de interdisciplinaridade e interculturalidade em

3 Tradução minha.

4 Além das referências às obras da autora, ver a resenha de seu livro mais recente, *Affliction: Health, disease and poverty* por Bispo (2018).

5 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram implantados a partir de 1999 no Brasil. Resultado das demandas construídas pelas VIII e XIX Conferências de Saúde Indígena, os Distritos foram pensados a partir de um modelo de atenção diferenciado aos povos indígenas, buscando com isso garantir o acesso universal e integral à saúde. Atualmente,

saúde são elementos cujo valor político não foi ignorado pelas etnografias em saúde indígena. As dificuldades do trabalho de campo através da noção dupla de improviso e imponderável, serão apresentadas na tentativa de produzir uma perspectiva compreensiva sobre os desafios de pesquisadores através da escrita etnográfica.

É notório que as etnografias em saúde indígena do período recente, pós-distritalização, (MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003; ROCHA, 2007; DIAS DA SILVA 2010, FERREIRA 2010, ARAÚJO 2012, DIAS-SCOPEL, 2014; SCOPEL, 2013) descrevem ações de saúde improvisadas. Certa perspectiva crítica ao estado surge em nossos trabalhos, seja na forma da análise de políticas públicas:

Cada vez mais o Estado brasileiro tem criado políticas públicas que empregam a noção de “tradicional” para qualificar os seus objetos: medicina tradicional, povos e comunidades tradicionais, conhecimento tradicional (associado), práticas tradicionais (integrativas e complementares), parteiras tradicionais, entre outros. O discurso oficial veiculado por essas políticas está alinhado às diretrizes estipuladas pelos organismos internacionais (OMS, ONU, OIT) aos Estados nacionais, das quais o Brasil é signatário. No âmbito desta tese, chama-se essa formação discursiva de Políticas da Tradição. (FERREIRA, 2010:238)

Seja na forma de etnografias centradas nas equipes de saúde:

Apesar dessas diretrizes, as equipes que atuam na área da saúde, (...) não haviam recebido, até então, nenhum curso de capacitação, ou mesmo alguma orientação para atuar junto a essas populações. Nos diálogos mantidos no decorrer da pesquisa,

os profissionais confirmaram que tal preparo não ocorreu, nem mesmo para aqueles que haviam cursado o nível superior, como era o caso dos dois odontólogos e dos cinco enfermeiros da equipe. Alguns deles argumentaram que *o conhecimento da cultura daqueles Povos havia ocorrido no próprio processo de trabalho, em uma “ação auto-didata”*. (ARAÚJO, 2012:203) (grifo meu)

Seja, ainda, na análise de casos que produzem críticas mais gerais ao próprio fazer antropológico:

A primeira dificuldade (...) é como nomear saberes relacionados com práticas e terapêuticas curativas não acadêmicas. Nesse caso, muitos são os adjetivos utilizados para distingui-las da medicina praticada por nós, ocidentais: práticas de cura tradicionais, artes de cura, terapias alternativas, medicina rústica, medicina sertaneja, medicina paralela, entre outras denominações. O segundo problema que se apresenta ao pesquisador é como lidar com os efeitos que o recurso comparativo produz sobre a relação que se estabelece entre a medicina acadêmica e os conhecimentos tradicionais e que, por sua vez, podem ser percebidos no uso de conceitos que, novamente, remetem a ideias de ausência, falta ou resistência e que, comumente, estão presentes em trabalhos que procuraram explicar a permanência de práticas terapêuticas não oficiais em um mundo dominado pela hegemonia da medicina acadêmica. (SANTOS, 2013: 163-4)⁶

O problema em torno do improviso surge, portanto, em várias frentes. Surge para problematizar o campo governamental – pela sua ineficiente e/ou insuficiente infraestrutura (equipamentos), além da pouca efetividade na formação de pessoal de saúde especializado em questões relativas as culturas indígenas.

há no Brasil 36 Distritos Sanitários Especiais indígenas, respeitando a localização dos povos indígenas, abrangendo, às vezes, mais de uma fronteira estadual. A principal diferença para o modelo anterior, é que os Distritos possuem Equipes Multidisciplinares de Saúde, cujo objetivo é realizar um atendimento básico permanente nas aldeias, assim como, encaminhar pacientes para a rede do SUS para atendimentos de média e alta complexidade. Para maiores detalhes, ver a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

⁶ Embora este trabalho não seja em saúde indígena, estrito senso, vale a pena expor aqui sua reflexão que representa também uma nítida tensão nas pesquisa antropológicas em saúde indígena, qual seja, a dificuldade de articular distintas formas de terapêutica, cura, bem como a de descrever tais tentativas como políticas de saúde específicas.

Surge também para falar sobre a pretendida diferenciação no atendimento a povos indígenas, e, portanto, como uma questão central para o conceito de cultura entre manejos políticos e deslocamentos de sentido. Esse tem sido, inclusive, um traço mais geral das etnografias e artigos publicados no Brasil nos últimos anos, isto é, a percepção de que falta diálogo e de que os agentes governamentais, como os profissionais de saúde, não conseguem entender ou não estão aptos ou interessados em produzir um atendimento diferenciado (GARNELO, 2004; NOVO, 2010). Também vemos surgir como questão qualificada para o debate na saúde indígena a ação dos sujeitos diante de situações-limite como os atendimentos emergenciais, que dramatizam ao mesmo tempo os conflitos da ordem da infraestrutura e entre perspectivas distintas de saúde e doença (DIAS DA SILVA, 2010). Por tal razão, a categoria do imprevisto se torna um elemento constitutivo do cotidiano na saúde indígena, uma ideia que invade a escrita etnográfica, sendo um idioma a partir do qual o universo semântico utilizado pelos antropólogos para pensar e descrever a saúde indígena ganha inteligibilidade, como podemos ver no seguinte trecho:

A positividade conceitual do imprevisto dentro da análise sobre a assistência à saúde indígena está, portanto, em não o reduzir a um problema circunstancial. Entre as técnicas de enfermagem, a habilidade para improvisar conferia um capital simbólico na constituição das relações com os Munduruku e no interior do grupo de profissionais da enfermagem. Um longo tempo de permanência nas aldeias, ao contrário de mal necessário, indicava sua pertença ao grupo *diferenciado* da saúde indígena. (DIAS DA SILVA, 2010:123)

Nesta citação de minha tese podemos ver que a noção de imprevisto possuía um duplo vínculo: dizia respeito às ações na saúde indígena, mas também, à própria identidade do corpo da enfermagem. A noção de diferenciado, valor caro ao contexto da implantação dos Distritos Sanitários, parece escorregar para um manejo

cotidiano totalmente imponderável: se os povos indígenas são diferenciados, o corpo de enfermagem também o seria. Com base nesses dados, passei a reconsiderar o discurso oficial da articulação de saberes para os vieses que apareciam no cotidiano da assistência. Não se tratava tanto de enunciar que a interculturalidade em saúde estava fadada ao fracasso, mas de ouvir tal clamor de diferenciação como uma forma de construção de legitimidade por parte de minhas interlocutoras. Seria mais um exemplo, entre outros bons exemplos que as etnografias da área nos trazem, de que as diferenças culturais, quando vividas dentro dos sistemas de saúde, sofrem uma refração interna referente ao modelo hierárquico ali predominante. Neste, o corpo de enfermagem, mais que qualquer outro grupo de profissionais, encarna o valor do imprevisto como um modo de operar hierarquias sociais. Sem entender tal questão, teria sido impossível avançar no trabalho de campo com as profissionais da enfermagem que constituíam, e ainda constituem maciça maioria das equipes que prestam assistência à saúde indígena.

Se os atuais antropólogos da saúde têm buscado lidar com o nível de imprevisto registrado nas ações da saúde e saúde indígena, como tentei demonstrar, parece-me que tal esforço operaria na mesma chave a partir da qual Malinowski (1984) estabelece sua famosa noção de imponderável. É esta noção que o leva a desconfiar de seus dados, de seus próprios esquemas, é também por isso que aprender a língua/linguagem nativa se tornaria indispensável entre as mais distintas correntes teóricas. Mais do que isso, estava em vigor um novo processo intelectual centrado na escuta. Se olharmos para as etnografias em antropologia da saúde perceberemos que os caminhos de uma escuta participante – como sugere o fio condutor de Forsey – já vinham sendo construídos pela força descritiva dos itinerários terapêuticos, que não possuem um início e nem um fim, mas são sempre histórias que já começaram em algum ponto e ainda não terminaram. Os doentes caminham e nem sempre estamos lidando com mapas territoriais, mas, sobretudo com mapas mentais. Assim, quero dizer que os

imponderáveis descritos nas etnografias ganham aqui um contorno dramático, sobretudo a partir dos itinerários terapêuticos: desde análises dos protocolos escritos e inscritos nas políticas públicas (FERREIRA, 2010), dos protocolos clínicos (GUIMARÃES, 2018), dos improvisos em situações emergenciais (GARNELO, 2004; NOVO, 2010), das etnografias que tomam sistemas de saúde comparativamente (PEREIRA, 2012) e daquelas que refletem sobre o cotidiano em relação a infraestrutura insuficiente, além dos improvisos em torno daquilo que muitos profissionais de saúde resumem como uma qualidade adquirida pela experiência na saúde indígena; “um saber lidar com eles”, um conhecimento de longo prazo, cheios de tipos de improvisos ritualizados (DIAS DA SILVA, 2010).

A noção de imponderável tem, portanto, um duplo significado para os estudos em antropologia da saúde, primeiro porque carregado de um sentido histórico específico, qual seja, o de buscar sempre nas estratégias descritivas chegar aos limites, às margens do dizível, não apenas compartilhando a dor e sofrimento dos interlocutores, mas atribuindo sentidos estruturais e políticos a eles e, segundo, porque lida com o seu próprio sofrimento ao esgarçar estas experiências na tentativa de produzir um texto coerente. Baseadas em tantos tipos distintos de improvisos, a questão de Malinowski permanece atual, e permite aos antropólogos da saúde dizerem de certas dificuldades em seus trabalhos de campo, percebidos como verdadeiros arranjos socio-político-históricos, a partir dos quais é possível problematizar as relações de poder que configuram as interações em campo – sobretudo aquela que marca a presença do pesquisador: como ouvir, como descrever as dores e sofrimentos que constituem os trabalhos de campo aqui referidos.

Compreender e se aprofundar sobre o tema das políticas de saúde torna-se complexo não apenas no nível da descrição de problemas teóricos, mas, sobretudo, enquanto construção e manejo político da diversidade cultural (TEIXEIRA, 2012). Sendo assim, o que se estabelece como desafio do antropólogo ao

participar de e analisar políticas públicas é uma interlocução repleta de imponderáveis com vasto rendimento analítico, como demonstram autoras e autores desde meados dos anos 2000, em meio à proliferação de propostas políticas específicas para a saúde indígena:

Talvez a imagem provocativa do antropólogo como um estrangeiro – proposta por Schuch (2003) para definir tanto a posição do acadêmico em relação aos profissionais engajados em projetos de intervenção social, como a posição daqueles que se aventuram a sair da academia e buscar interação com outros profissionais – seja a que melhor se adequa à situação do antropólogo frente às equipes multidisciplinares de saúde que atuam em terras indígenas. (SMILJANIC, 2008:16)

De modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AIS e às comunidades, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. (NOVO, 2010:157)

Como referências de um tempo que parece nunca acabar, instauramos também em nossas análises da saúde indígena um tempo político associado às relações interétnicas. A escrita etnográfica não apenas reflete tal manejo do tempo político, mas torna-se consciente de tal processo, indicando os esgarçamentos de sentido e os manejos situacionais.

O cenário gerado pela terceirização da saúde indígena é ambíguo e contraditório. Por um lado, a participação propiciada pelo subsistema de saúde indígena enquadra as entidades etnopolíticas em propostas e finalidades preestabelecidas, que não necessariamente favorecem a autonomia e a autogestão e que induzem os dirigentes indígenas a investir no aprendizado da linguagem e de estratégias da tecnoburocracia, em detrimento da lógica e de formas próprias de atuação dos movimentos sociais. (GARNELO E SAMPAIO,

2005:1222)

Os tempos e os espaços da saúde pública e a forma como os povos indígenas se organizaram para neles atuarem constituem uma oportunidade privilegiada neste esforço de ir além do debate sobre princípios norteadores. Se a noção de autonomia insere-se no campo semântico e histórico do processo da construção de si como *sujeito* individual ou coletivo por parte de diferentes grupos sociais, no que concerne aos povos indígenas, historicamente o eixo tem sido a condição de *sujeito coletivo político*, em detrimento dos direitos individuais indígenas. (TEIXEIRA. 2010:106) (grifos da autora).

Por tal razão, a proposta de Das (1995, 2007, 2015) associada à de Forsey (2010) torna-se relevante, pois abre um caminho para refletir sobre os manejos políticos da cultura, tomada como elemento de reflexão e disputa de sentidos. Podemos citar, nesse mesmo sentido, a noção de cultura com aspas de Carneiro da Cunha (2009), através do qual a autora propõe uma fundamental distinção entre o conceito antropológico de cultura e o agenciamento político e interessado de tal conceito, visando com isso produzir também uma etnografia sobre o uso do conceito de cultura.

Se por um lado, os silêncios e silenciamentos apontam para as margens do (in)dizível em que o compartilhar do sofrimento é uma experiência nem de todo traduzível ou acessível à escrita, por outro lado, a escuta participante reintroduz o problema da descrição etnográfica através dos improvisos enquanto valor teórico, isto é, como um daqueles imponderáveis sobre os quais a reflexão antropológica se constituiu ao longo do século XX.

Considerações finais

Este artigo teve como objetivo dialogar com dois conceitos que, como argumentei, fariam parte do universo semântico das etnografias em antropologia da saúde: a escuta participante e a noção de imponderável. Aliando reflexões de Veena Das sobre o papel da Antropologia

diante do sofrimento do outro e de experiências disruptivas de dor, com a proposta de Martin Forsey sobre as possibilidades de uma escuta participante, foi possível demonstrar que há no Brasil uma intensa produção etnográfica na área que tem buscado se aprofundar nestas questões: nomeando conflitos entre pesquisadores e pesquisados, qualificando a experiência da dor e do sofrimento enquanto elementos narrativos a serem continuamente problematizados, descrevendo ações improvisadas de vários tipos, re-enunciando a insuficiência do modelo de interlocução vigente nos sistemas médicos ocidentais, entre outros.

Tratar-se-ia de uma agenda de pesquisa em expansão. Se após a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, e do Subsistema de Saúde indígena (distritalização), em 1999, mudanças na assistência se fizeram notar, com uma organização mais bem distribuída dos serviços básicos de atenção à saúde, por outro lado, um campo enorme de dificuldades se colocou à frente dos pesquisadores: afinal, o maior acesso aos serviços de saúde também produziu mais tensões, mais conflitos a serem narrados, mais experiências expostas pelos sujeitos sobre suas dores e sofrimentos cotidianos. Fazer parte desse processo político maior que é a produção de saúde pública é, pois, um desafio instigante para a pesquisa antropológica, sobretudo porque a dinâmica dos trabalhos de campo são sensíveis a tais movimentos históricos e capazes de catalisar os problemas cotidianos, unindo distintas dimensões da vida. Indo mais além, creio que as etnografias aqui elencadas corroboraram significativamente para a renovação teórica, ao produzir um jogo de espelhos em que os improvisos cotidianos e seus itinerários terapêuticos são tomados como imponderáveis para refletir sobre as experiências que compõem o processo saúde/doença, seja através de rotinas hospitalares, sistemas de saúde comparados, experiências narrativas complexas de dor e sofrimento e participação em políticas públicas de saúde brasileiras.

Referências bibliográficas

- ABRAMS, P. Notes on the difficulty of studying the State (1977). *Journal of Historical Sociology*, (1):1, 1988.
- ARAÚJO, R.S. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e contradições a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial do Xingu. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.
- AUSTIN, J. Quando dizer é fazer: palavras e ações. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.
- BARBIN Jr, H.B. Médicos, Medicina Alternativa e Biomedicina no SUS em Florianópolis. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- BARROSO-HOFFMAN, M. Fronteiras étnicas, fronteiras de Estado e imaginação da nação: Um estudo sobre a cooperação internacional norueguesa junto aos povos indígenas. Rio de Janeiro: E-Papers, 2009.
- BISPO, Raphael. Resenha de “Affliction: health, disease and poverty” de Veena Das, *Mana*. (UFRJ. Impresso), v. 24, p. 275-279, 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição, Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 40p.
- BRONZ, Deborah. Nos bastidores do licenciamento ambiental: uma etnografia das práticas empresariais em grandes empreendimentos. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.
- BUCHILLET, D. (Org.). Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O Trabalho do Antropólogo. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1998.
- CARNEIRO, R. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese de Doutorado (CIÊNCIAS SOCIAIS) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- CARNEIRO da CUNHA, M. Cultura com aspas. São Paulo: CosacNaify, 2009.
- COELHO, M. C. Narrativas da Violência: a dimensão micro-política das emoções. *Mana* (UFRJ. Impresso), v. 16, p. 1-20, 2010.
- COSTA, D. C. 1987. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.4, n. 3, p.388-401, 1987.
- DAS, V. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press. 230 p. 1995.
- _____. *Life and Words. violence and the descent into the ordinary*. (Foreword by Stanley Cavell) Berkeley Los Angeles London: University of California Press, 2007.
- _____. *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press. 2015.
- DIAS-SCOPEL, R. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2014.
- DIAS DA SILVA, C. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia entre os profissionais da saúde indígena. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL). Universidade de Brasília: Brasília, 2010.
- _____. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, C.; L. GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas*

- matrizes histórias e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- DUARTE, L. F. D. Romanticism and holism in the anthropology of the West (revisiting Bergson's paradox). *Anthropological Theory*, v. 15, p. 179-199, 2015.
- ELIAS, N. O Processo Civilizador I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
- FERREIRA, L.O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. 261 f. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.
- FERREIRA, L.C.M. Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960. Rio de Janeiro: e-papers, 2009.
- FORSEY, M. G. Ethnography as participant listening. *Ethnography*, v.11, n. 4, p.558-572, 2010.
- FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- GALLOIS, D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: BUCHILLET, Dominique (Org.). *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- GARNELO, L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004. Porto Velho: UFRO/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 29p. 2004.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1217-1223, 2005.
- GREENE, S. The Shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 25, n.4, (Nov), p. 634-658, 1998.
- GUIMARÃES, M. S. Protocolando condutas, etiquetando pessoas: As políticas prescritivas da sexualidade em um protocolo clínico do Ministério da Saúde. Dissertação (Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.
- LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.4, p.1019-1029, 2014.
- MAGALHÃES, E. D. O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação de mestrado (SERVIÇO SOCIAL) SER/UNB, 2001.
- MARQUES, I. S. F. A política de atenção à saúde indígena: a implantação do Dsei de Cuiabá-MT. Dissertação de mestrado (SAÚDE PÚBLICA) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2003.
- MALINOWSKI, B. Os argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Editora Abril, 1984.
- MANSO, M.E.G. “A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!”: narrativas de um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas sobre seu adoecimento. 244p. Tese de doutorado (CIÊNCIAS SOCIAIS) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- NOGUEIRA, C.O. “Dá licença, posso entrar?” Uma etnografia em uma “Clínica da Família”. 249p..

- Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- NOVO, M. P. Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.
- OSHAÍ, C.M.A. Não é só médico que cura, não é só a medicina que cura: perspectivas sobre saúde entre coletivos quilombolas no Marajó – Pará/Brasil. 389p.. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA), Universidade Federal do Pará, Belém: 2017.
- PEREIRA, Diogo Neves. Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Tese de doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- ROCHA, E. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial do Rio Negro. Dissertação de mestrado (SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA). Manaus: Universidade Federal do Amazonas. 2007.
- SANTOS, K.B.S. O cuidar do outro no domicílio: a ética da hospitalidade no contexto do HIV/SIDA em Maputo (Moçambique). 215p. Tese de doutorado (SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA) Universidade Federal do Pará, Belém: 2015.
- SANTOS, L. Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura: a epidemia de cólera-morbus em Pernambuco (1855). 281p. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013.
- SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. (Textos escolhidos de Alfred Schutz, H.R. WAGNER, Org.) Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.
- SCOPEL, D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de automação, xamanismo e biomedicina. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2013.
- SILVA, A.L.M. Experiência mística como narrativa e poesia (sincretismos e traduções) na cultura: a cura pela linguagem na Cabalá e no Reiki em Belém e Marituba – PA. 351p. Tese de doutorado (SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA) Universidade Federal do Pará, Belém: 2016.
- SMILJANIC, M. I. 2008. Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami. Série Antropologia, v. 417. Brasília: DAN/UNB.
- SOUZA LIMA, A. C. 2002a. Diversidade cultural e política indigenista no Brasil. In: Tellus, nº 3, Campo Grande.
- _____. 2002b. Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil. In: BASTOS, C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (coords.) Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, p. 151-172.
- _____. 2002c. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e dialogo. In: SOUZA LIMA, A.C. Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 316 p.. (Coleção Antropologia da Política)
- SOUZA LIMA, A. C.; MACEDO e CASTRO, J. P. 2008. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O & SANSONE, L. (Orgs.). Raça. Novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia/EDUFBA.
- TEIXEIRA, C. C. Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva. In: SILVA, C. T.; SOUZA LIMA, A. C.; BAINES, S. (Org.). Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada. São Paulo: Editora

AnnaBlume, 2009.

_____. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico 2009/I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2010.

_____. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 55, n. 2, 2012.

TONIOL, R.F. Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. 302p.. Tese de Doutorado (ANTROPOLOGIA SOCIAL) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2015.

Práticas de cuidado, redes sociais e itinerários terapêuticos em um bairro popular de Águas Lindas de Goiás

Ludmila Santos Silva¹
Silvia Guimaraes²

Resumo:

Este artigo pretende compreender os itinerários terapêuticos seguidos por moradores de um bairro popular na cidade de Águas Lindas de Goiás (GO) e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. Foi realizado um estudo etnográfico que permitiu desenhar tais itinerários. Os itinerários terapêuticos dos moradores do bairro em questão configuram uma rede de relações sociais onde são vivenciadas sociabilidades que integram vizinhos, amigos, familiares, terapeutas populares, instituições religiosas, centros de saúde e hospitais.

Palavras-chave: Itinerários Terapêuticos; Diversidade Cultural; Vulnerabilidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

Care practices, social networks and therapeutic itineraries in a popular neighborhood of Águas Lindas de Goiás

Abstract:

This article aims to identify the therapeutic itineraries of residents of a poor neighborhood in the town of Aguas Lindas de Goias (GO) and analyze how these people manage care, which instances trigger and how they handle and understand the health services. The research was ethnographic method. The therapeutic itineraries of neighborhood residents in question constitute a network of social relations which are experienced sociability that make up neighbors, friends, family, popular therapists, religious institutions, health centers and hospitals.

Keywords: Therapeutic Itineraries; Cultural Diversity; Health Vulnerability; Health Services Accessibility.

1 Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde/UnB.

2 Professora DAN/UnB e pesquisadora do INCT Brasil Plural.

Introdução: discutindo sistemas de cuidados de saúde populares

Nas redes que conectam centros urbanos e rurais do Brasil, há diversos regimes de saberes e modos de viver localizados, constituindo o que Ibáñez-Novión (2012) denominou de “sistemas de cuidados de saúde”. Esses são sistemas de significados simbólicos articulados por instituições sociais e modelos de interação pessoal específicos. Pode-se afirmar que esses sistemas se dinamizam por meio de redes sociais acionadas em contextos populares reunindo familiares, vizinhos, colegas de trabalho e conformam a base de itinerários terapêuticos.

Segundo Langdon e Wiik (2010) “os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consoantes com os grupos e as realidades sociais que os produzem”. Relacionando essa idéia de “sistemas médicos culturais” com o conceito “sistema de cuidados” de Ibáñez-Novión citado acima, definimos contextos populares como aqueles que conformam sistemas que articulam vários elementos, os quais não dizem respeito a um todo autocontido, mas que se expandem e se espraiam concatenando várias relações e conformando uma rede ampla que dinamiza e relaciona trocas entre espaços e temporalidades diversas. Nesse sentido, são produzidos localmente, lidam com dimensões subjetivas e dinamizam socialidades que criam pessoas e sentimentos de identidade e pertencimento. Aqui, definem-se contextos populares de cuidado no plural, os quais são criados a partir de uma intrincada articulação entre subjetividades e socialidades articuladas por grupos sociais.

McCallum (1995), discutindo o universo ameríndio, chama atenção tanto para o aspecto moral quanto o social da socialidade, o qual articula o interior e exterior do *socius*, sendo construída no curso da vida diária e observando a alteridade. Assim, é a agência humana na interação com a alteridade que produz a socialidade, sentimento de bem-estar e autoreconhecimento. Para Carneiro da Cunha (2009), em contextos populares ou tradicionais, algo semelhante se

observa ao que foi discutido por MacCallum (1995), especialmente, quando o saber científico que se apresenta como hegemônico, estabelece, segundo Loyola (1983), uma relação de poder que tenta silenciar os saberes e práticas populares de cuidado. No entanto, a agência humana produzindo a socialidade é *locus* de resistência, escapa à homogeneização biomédica ou estatal. A articulação entre interior e exterior quebra fronteiras impostas e acaba por ser um mecanismo de efetivação da agência e configuração do manejo da vida, onde se articulam na produção da vida cotidiana e efetivando os sistemas de cuidado de saúde.

Conforme De Certeau (1996), nessa relação de poder entre o interior e o exterior dos *socius*, nos contextos populares, são ativadas microrresistências, socialidades e sentimentos de pertencimento. Desse modo, aquilo que é imposto passa a ser lido num outro registro, no quadro de suas próprias tradições. Assim, nas instituições populares se efetivam um estilo de trocas sociais, de invenções técnicas e de resistência moral (op. cit).

De acordo com Alves e Souza (1999), os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, suas ações são baseadas em diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão construindo de acordo com os processos históricos, políticos e sociais de cada coletivo. Desse modo, são resultados de uma série de acontecimentos que formam uma rede nos cenários populares. Essa rede surge quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição.

Gerhardt (2006) afirma que o estudo dos itinerários terapêuticos relacionado à pobreza possibilita a visualização do percurso e das alternativas utilizadas pela população de baixa renda na resolução de seus problemas de saúde. Neste sentido, esta pesquisa pretende identificar os itinerários terapêuticos vivenciados por

moradores da Vila Estrela, bairro popular da cidade de Águas Lindas de Goiás (GO), e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. E, ao focar nos processos terapêuticos ou busca pelo cuidado, também pretende descrever e apreciar como os moradores dessa localidade lidam e entendem os serviços oficiais de saúde.

Metodologicamente, é possível mapear itinerários terapêuticos ou os caminhos percorridos e as possibilidades acionadas pelos indivíduos, quando estes entendem que necessitam de cuidados em saúde e constroem narrativas que permitem organizar e ordenar para eles seus entendimentos sobre a experiência do adoecimento. Este artigo é uma tentativa de compreender os itinerários terapêuticos em contextos populares.

Caminhos metodológicos percorridos

O estudo possui abordagem etnográfica. A partir das considerações de Neves (1996), entende-se que a pesquisa nesse formato não busca medir determinado evento, pois os fenômenos encontrados são interpretados a partir das percepções dos sujeitos envolvidos na situação estudada e os dados produzidos são resultados da interação direta entre as investigadoras e o tema.

Assim, ao estar em campo observando os itinerários terapêuticos das famílias da Vila Estrela foi necessário identificar e compreender as características, as representações e os significados próprios dos moradores dessa localidade. Seguindo o argumento de Nakamura (2011), este trabalho buscou compreender os sujeitos por meio de suas experiências e observando as cenas onde se constituem as redes sociais de cuidado.

Para realizar essa pesquisa, foi necessário morar na Vila Estrela, no segundo semestre de 2016, quando foram realizadas entrevistas com membros da comunidade e pessoas que já viveram nesse local. Os entrevistados tinham idade superior a 18 anos, não serão apresentados os nomes, mas somente as indicações de

moradores e moradoras. De acordo com Minayo et. al (2012), a entrevista é uma técnica que permite ao pesquisador coletar dados relevantes para a compreensão do objeto de pesquisa, pois possibilita um espaço para conversa e reflexão a respeito da realidade do sujeito. A observação participante também foi realizada e mantida por um diário de campo, buscando descrever o cenário das práticas e dos saberes.

O encontro com os moradores que aceitaram contribuir com o estudo aconteceu principalmente por meio da indicação de outro morador, configurando a estratégia de “bola de neve”. Conforme Deslandes (2012), para esta pesquisa, os parceiros foram convidados a participar e selecionados a partir da inclusão progressiva que foi interrompida pelo critério de saturação, que ocorre quando “as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos, começam a ter uma regularidade de apresentação”.

Foram entrevistadas seis mulheres que residem atualmente com suas famílias na Vila Estrela. Essas mulheres abriram as portas de seus lares e relataram suas experiências descrevendo como é a vida na comunidade. Com base nessas entrevistas, surgiram os nomes de outras pessoas que poderiam fornecer explicações importantes sobre a história da Vila Estrela que não constam nos dados oficiais ou publicações. Então, foram entrevistados posteriormente três moradores pioneiros que não residem mais na região. Por último, foi entrevistado o dono de uma farmácia por ter sido citado diversas vezes nos depoimentos dos outros entrevistados.

A Vila Estrela, local do trabalho de campo

Águas Lindas é um município próximo ao Distrito Federal (DF) – fica a, aproximadamente, 45 km de Brasília - e em parte representa uma “periferia”, ou melhor, o “entorno” do DF. Desse modo, trata-se de uma região onde vivem pessoas de segmentos populares que são estigmatizadas por sua situação de vida e pela região onde moram. A partir dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o índice de desenvolvimento humano (IDH) de

Águas Lindas é de 0,6.

De acordo com os dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui área de 188,385 Km² e população estimada de 159.505 habitantes. Antes de ser regularizada, a região era conhecida como Parque da Barragem e pertencia ao município de Santo Antônio do Descoberto, sendo que sua emancipação ocorreu em 1995, por meio de reivindicações de lideranças locais. Conforme a Prefeitura Municipal de Águas Lindas de Goiás (Goiás, 2009), no início da consolidação do município, o setor imobiliário cresceu de maneira desordenada e parte da população de menor renda do DF foi atraída pelos lotes que eram vendidos por valores baixos e não eram fiscalizados.

Os dados oficiais evidenciam a história do município somente a partir de sua emancipação, porém, relatos de uma pioneira da cidade apontaram que a ocupação da Vila Estrela, local do trabalho de campo, começou de fato em 1992. Como a região possuía um vasto território, alguns moradores que haviam ocupado as terras resolveram construir barracos próximos uns aos outros, assim esses primeiros loteamentos deram origem a Vila Estrela. Para este trabalho, são utilizados nomes fictícios para Vila Estrela e os moradores da cidade com o intuito de preservá-los.

A partir da análise de documentações do Cartório de Registro de Imóveis de Águas Lindas de Goiás, Nóbrega (2009) explica que há diversos loteamentos no município considerados irregulares por não estarem registrados oficialmente e não possuem projeto aprovado para a construção de habitações. A Vila Estrela encontra-se nesta situação. Apesar da situação de irregularidade, muitos moradores, inclusive os pioneiros, permaneceram na região que constitui a Vila e constituíram suas famílias ampliando a ocupação do espaço.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o município de Águas Lindas de Goiás dispõe de apenas 12 equipes de Saúde da Família e 20 Unidades Básicas de Saúde que fazem a cobertura de 26,60% da região. A cidade possui um único

hospital, que não têm capacidade para atender as necessidades de toda a população. Desse modo, muitos moradores se deslocam para o DF com o intuito de obterem a prestação de serviços de saúde, tendo em vista que é a região de referência mais próxima ao município.

A Vila Estrela abriga cerca de 80 famílias e ao visitá-la é possível perceber que a maioria das casas possui infraestrutura comprometida e são pequenas quando se leva em consideração a quantidade de integrantes de cada família. De maneira geral, a comunidade não tem muitos recursos, possui pouca iluminação pública e o serviço de saneamento básico é recente. Em conversa com os moradores foi possível identificar que o Centro de Saúde mais próximo fica a três quilômetros das residências e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) não fazem cobertura no local.

O bairro é composto por cinco ruas com cerca de vinte casas cada, as moradias são simples em sua maioria, algumas não possuem muros e portões e ficam com as portas e janelas expostas. Existem casas que prestam algum tipo de serviço, como serralheria, manicure e venda de doces. A comunidade dispõe de um pequeno comércio local composto por farmácias, uma padaria, dois salões de beleza, uma quitanda de frutas e verduras e algumas igrejas, sendo uma católica e três evangélicas.

Com relação à infraestrutura do local, recentemente, a prefeitura pavimentou as ruas e operacionalizou o serviço de água e esgoto. Existem casas que ainda são barracos de alvenaria e abrigam muitos moradores. Não existem praças, quadras de esporte ou locais fixos que sirvam para a prática de atividades de lazer.

A partir da observação feita durante os dias de convivência com aquelas pessoas percebeu-se que a comunidade ainda enfrenta sérios problemas como evasão escolar, dificuldades no transporte, ausência de espaços para lazer, falta de oportunidades de capacitação e emprego. Os serviços de saúde possuem limitações, desse modo, a maior parte dos moradores prefere ser atendida nas unidades do DF. Mesmo com essas limitações, as pessoas gostam de morar na Vila e

do fato de conhecerem todos os vizinhos.

Com relação à violência identificou-se a presença de usuários e traficantes de drogas, mas os moradores afirmam que não são assaltados e suas casas não são roubadas por eles. A violência do local, de acordo com os moradores, “é de lá para fora”. Em suma, apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da consolidação da comunidade, os moradores da Vila possuem uma rede de relações sociais amparada pelos anos de convivência da maior parte dos moradores, pela solidariedade que há entre eles e que, de certa forma, se reflete em suas práticas de saúde. Essas pessoas só querem um lugar para morar e não pretendem sair da Vila, mas, ao contrário, querem mais qualidade de vida para o “canto delas”.

Itinerários terapêuticos e a construção de sistemas de cuidados de saúde populares

Em Vila Estrela é possível observar a dinamização de um sistema de cuidados de saúde popular que, Ibáñez-Nóvion, definiu como componentes de saúde de um grupo social que não dependem exclusivamente de um especialista oficial, onde se processam as primeiras ações de saúde, onde se tomam as primeiras decisões inerentes à crise, onde se desencadeiam a negociação individual, familiar e comunitária. A organização desse sistema envolve as percepções e representações dos indivíduos e se constrói a partir das experiências dos moradores da Vila. Por conseguinte, refere-se a saberes e práticas populares no sentido de surgir a partir de uma produção de conhecimento e práticas construídas em bases epistemológicas específicas e em uma rede de socialidades localizada. Essa produção popular não se refere a saberes produzidos a partir de parâmetros científicos, pois, mesmo se apropriando desses, faz uma releitura a partir de bases epistemológicas distintas, ou melhor, de bases que configuram outros processos científicos.

Em Vila Estrela, foi possível observar por meio das conversas o percurso seguido, ou melhor, o itinerário terapêutico desencadeado pelos moradores, que acabava por configurar o

sistema de cuidado popular tanto nos primeiros anos de construção do local quanto na atualidade. Essa perspectiva histórica surgiu de conversas, especialmente quando tentávamos compreender o processo de construção da vila, sua história.

Nos primeiros anos de Vila Estrela, final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, os cuidados iniciais na saúde eram realizados em casa, por meio da orientação de amigos e familiares. Fazia-se uso de chás e remédios caseiros. Também, acionavam terapeutas populares, isto é, indivíduos que realizavam serviços como o de parteiras, benzedeadas e raizeiras que não eram profissionais de saúde oficiais ou formados em universidades. E, após esse processo de idas e vindas nessas instâncias de cuidado, as pessoas acionavam os hospitais do DF.

Os itinerários terapêuticos são resultados de uma série de acontecimentos que formam um contexto ou uma rede. Esta rede se torna articulada quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição. Os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, ou um percurso linear. Suas ações são baseadas nos diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão adquirindo de acordo com os processos históricos de cada contexto social.

Ferreira e Santo (2012) afirmam que os caminhos percorridos quando se busca o tratamento e a cura são influenciados por fatores simbólicos e também por aqueles de ordem socioeconômica. Portanto, é preciso dar importância às condições de acesso aos serviços de saúde e as condições de vida em comunidades de baixa renda. Os diferentes recursos podem ser escolhidos e utilizados de maneira complementar e essas escolhas são feitas de acordo com as situações e com as explicações socialmente aceitas pelo grupo. Para compreender essas decisões é preciso direcionar o olhar para o indivíduo na

sua rede de contatos e de interação construída no seu cotidiano.

Nos processos de escolha e decisão terapêutica, deve-se observar a rede de relações sociais que pode ser mediada pela família “ampliada” de determinado grupo e também pelos indivíduos que a compõe. Quando a doença é interpretada e a sua dimensão social é reconhecida, é preciso identificar que as ações são construídas socialmente e não de maneira individual e que as interações sociais são de extrema relevância para se estudar os cuidados em saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2006). Dessa forma, as redes de relações sociais também se constituíram como foco central para compreender os itinerários terapêuticos dos moradores da Vila Estrela, uma vez que representa o vínculo existente entre os moradores da comunidade e também a forma como lidam com seus problemas e cuidam da saúde, principalmente no compartilhamento de saberes e de práticas. Conforme alguns moradores:

“(...) essas receitas vêm dos antigos, eu aprendi com meus pais e avós... Hoje a gente aprende outras receitas com os vizinhos e os amigos que sabem de alguma também”.

“(...) se for uma gripe assim uma coisa mais fácil a gente tenta fazer um chazinho que já tem em casa, um mel, que agente aprendeu com os avós de antigamente”.

“Meu pai e minha mãe sempre ensinavam um chá de gengibre para tomar com mel e limão que é bom para a gripe”.

Os moradores da Vila compartilham com familiares e com vizinhos vários momentos de suas vidas e estabelecem uma relação de confiança. Geralmente, os pais e avós, com referência as gerações anteriores, aparecem como figuras que nortearam diversas práticas de cuidado em saúde. Sendo que nos casos em que alguém adoece, eles reproduzem o conhecimento adquirido pelos entes familiares e aprendem novas receitas com os vizinhos. Outro ponto a se

considerar é o fato de que essas pessoas fazem o uso de chás e de medicamento caseiros. Portanto,

“Para diabetes é bom o leite de alpiste... O melado de abacaxi é bom para quem tem bronquite e que está com o peito cheio... Tem também os chás doidos da família né? Chá de limão com alho, limão e cebola com gengibre para a gripe... Para depois do parto é bom folha de algodão, ela batida no liquidificador com mastruz... E o barbatimão para lavar os pontos é muito bom.”

“(...) eu trato com um remedinho em casa, um chá dessas coisas. Eu faço chá de hortelã, de alho com limão.”

A terapia popular, nesses casos, é entendida como processos e práticas de cura não oficiais realizadas por benzedeiros, raizeiras e parteiras, mas, também, realizadas pelos próprios moradores da Vila Esperança sem se definirem como praticantes de determinado ofício. Atualmente, na região, apenas uma benzedeira é atuante, sendo que ela trata de crianças. Já o trabalho realizado por parteiras foi utilizado antes da consolidação dos serviços de saúde prestados por hospitais e centros de saúde. Havia uma raizeira na comunidade que foi uma das moradoras pioneiras, e, mesmo após o falecimento dessa terapeuta, as pessoas continuam fazendo uso de garrafadas e melados produzidos por elas próprias.

“(...) Eu mesma já fui benzida e já tomei muita garrafada para limpar o útero eu acho que foi devido as garrafadas que eu tive uma gravidez tranquila antes do parto não dei anemia e nem infecção de urina... Tem alguns males que só eles curam, por exemplo, quando uma criança tem quebranto só benzendo para resolver, quando benze parece que a criança desperta e tira aquele mal olhado todo.”

“(...) Já tomei raizada e já fui liberta, e sobre benzer quando eu tinha uns 15 anos apareciam umas bolhas na minha boca e nenhum remédio curava e minha própria avó me benzia e as bolhas sumiam... As minhas filhas já foram benzidas e já tomaram

melado e garrafada também.”

“Eu já fui benzida várias vezes... Às vezes o menino está com mal olhado, está ruim e com as fezes verde então quando leva para benzer a criança sara.”

O contexto em que está inserido o indivíduo é importante para compreender os processos de escolha, aderência e avaliação dos diferentes tratamentos, para isso é preciso considerar os recursos disponíveis quando se trata do cuidado em saúde das comunidades de baixa renda. Os itinerários refletem a prática de escolher alternativas para o enfrentamento da doença que são diversas e não se excluem. Essas alternativas construídas pelos indivíduos vão de acordo com suas experiências, suas capacidades e suas histórias de vida, assim quando se estuda itinerários terapêuticos e pobreza é possível trabalhar essas relações tanto no âmbito coletivo como no individual. Existem muitas possibilidades, desde a automedicação, intervenção feita por terapeutas até o atendimento biomédico. Os conhecimentos informal, popular e profissional são utilizados a partir das explicações construídas culturalmente pelo indivíduo e seu grupo social.

Atualmente, esse sistema consiste nos seguintes componentes, sem desenhar uma linearidade: realizam cuidados em casa, seguem a orientação de amigos e familiares e preparam e utilizam chás e remédios caseiros. Conforme explicação de uma moradora:

“(...) se for uma gripe assim uma coisa mais fácil a gente tenta fazer um chazinho que já tem em casa, um mel, que a gente aprendeu com os avós de antigamente.”

Em alguns poucos casos, atualmente, buscam o auxílio de terapeutas populares, como benzedeiros e raizeiros. A presença de igrejas evangélicas configura-se em um processo crescente acusatório e demonizador de benzedeiros, conforme será discutido mais adiante. Uma moradora esclarece:

“Eu já fui benzida várias vezes... Às vezes o menino está com mal olhado, está ruim e com as fezes verde então quando leva para benzer a criança sara.”

Nesse itinerário, Seu José, como um farmacêutico popular, é muito acionado, para em seguida, fazerem consultas nos Centros de Saúde em Águas Lindas de Goiás e no DF e, por último, para os hospitais de Ceilândia e Brazlândia. Uma moradora explica:

“A primeira coisa é tratar em casa, eu dou um remédio caseiro um melado, um chá de limão, fazer uma massagem com gel de arnica, chá de gengibre. Agora quando não resolve eu dou um xarope ou um remédio que o Seu José passa.”

Outra moradora afirma:

“Quando eu vejo que não tem mais jeito eu procuro o hospital. Porque hospital é a coisa mais difícil que existe, você chega lá e se é uma gripe eles mandam para casa falando que é para tratar em casa. Então eu prefiro tratar em casa.”

É necessário enfatizar que muitos moradores da Vila que eram católicos se converteram, recentemente, ao protestantismo, o que parece ter inibido a ação de benzedeiros, por exemplo. Máximo (2012) afirma que as igrejas evangélicas não legitimam a prática de benzedeiros, o que pode ter levado a uma diminuição na procura dessas terapeutas. Essa mudança repercute nas formas de cuidado que deixam de ser realizadas por pessoas que são lideranças comunitárias e religiosas inseridas nesses contextos populares de cuidado e passam para o interior das igrejas evangélicas em momentos específicos do culto. Na fala de uma moradora aparece essa mudança nas práticas de cuidado:

“Agora tem só a mulher do Seu Sebastião (que é benzedeira). Antes tinha muito, mas depois que as pessoas passaram a ser crente não tem mais. As pessoas se converteram e se escondem, não aceitam mais essas coisas e nem falam que um dia

já fizeram. Aqui na Vila cresceu muito o número de evangélicos e muito desses evangélicos benziam, rezavam, faziam raízes, mas eles não aceitam nem falar sobre isso, eles são muito rígidos.”

Sobre o uso de plantas medicinais, essas são muito utilizadas pela comunidade. No entanto, não há a figura de um indivíduo que concentre esse saber/fazer, pois o mesmo se encontra diluído entre os moradores.

Foi possível identificar que os moradores da Vila Estrela procuram orientações na farmácia do Seu José, que vende remédios alopáticos, quando não conseguem solucionar ou encontrar significado para a doença nos cuidados realizados em casa. Essa farmácia aparece com destaque nas falas das entrevistadas, o que revela que as pessoas iam à Farmácia não apenas em busca de medicamentos, mas do atendimento de Seu José.

A maneira de atuar desse farmacêutico pode caracterizá-lo como a de um farmacêutico popular, nos termos de Ibáñez-Nóvion (2010), pois Seu José torna os remédios da farmácia, isto é, medicamentos sintéticos, em populares quando aciona seu sistema de explicação sobre corpo-saúde-adoecimento-terapêutica para indicar e explicar o uso de determinado medicamento. Isso acontece porque ele submete os medicamentos a esquemas classificatórios e interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento tradicional ou popular no qual está inserido. Vale enfatizar que seu Seu José estudou até o primeiro fundamental e tem na memória a presença de um caixeiro viajante que levava remédios na pequena cidade onde vivia no interior do Ceará. Trabalhou em farmácias onde começou a ler manuais que traziam os medicamentos, suas fórmulas e seus efeitos. Em Vila Estrela abriu uma farmácia e atua a partir desse sistema popular que relaciona anatomia, adoecimentos, sintomas e efeitos dos remédios. Sobre a atuação de Seu José, duas moradoras explicam:

“E tem o Seu José, todo mundo só gosta dele... Quando eu não resolvo aqui em casa eu procuro ele e se não resolver eu vou para o hospital.”

“Tem o Seu Zé que é um ótimo farmacêutico é uma pessoa muito boa. (...) Na verdade quando acontece algum problema, eu procuro é o Seu José. E quando não resolve que eu vou para o hospital.”

Assim, semelhante a outras realidades de bairros mais vulneráveis, na Vila, é possível ver um farmacêutico representar papel importante no cuidado em saúde. De acordo com Loyola (1983), existem aqueles denominados “terapeutas”, que possuem certo vínculo com a comunidade, e desempenham a função de intermediar a clientela e o sistema de cuidados médicos e entre o sistema oficial e o popular, como também complementam a orientação dada pelos médicos e adaptam receitas de acordo com o poder aquisitivo de cada doente.

Por conseguinte, ao traçar os itinerários terapêuticos da Vila Estrela, a farmácia do Seu José, aproxima-se da figura de uma “farmacologia de superposição”, definida por Ibáñez-Nóvion (2012) como quando “os remédios da farmácia acabam por se tornarem tradicionais”, quando são submetidos a interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento popular. De acordo com Seu José:

“(...) Eu sempre tive o sonho de ter uma farmácia por aqui, porque sempre foi muito difícil das pessoas cuidarem da saúde... Aqui já não tinha hospital e tudo era no DF então eu queria poder ajudar as pessoas nos casos em que não precisasse de imediato do conhecimento médico... Até 2005 eu sempre trabalhei em outras farmácias e em 2006 eu fiz uma sociedade com a minha irmã e eu tomava de conta de uma farmácia nossa, essa farmácia era na Vila mesmo e eu fiz muita amizade e uma clientela boa.”

“Quando foi em 2009 eu desfiz a sociedade com minha irmã e abri essa farmácia aqui na rua de cima só minha... Eu não sou farmacêutico, mas eu aprendi lendo as bulas e na experiência do dia-a-dia mesmo.”

Atualmente, Seu José identifica, por meio

da narrativa dos clientes sobre os processos de saúde-adoecimento que estão vivenciando, os seus problemas de saúde. Em sua prática, reconhece que em algumas situações não é necessária intervenção médica. Acredita que, na maioria dos casos, os médicos não praticam a escuta com relação ao que o usuário tem para contar. Muitas vezes, esses profissionais inibem a fala dos usuários e receitam medicações sem esclarecer possíveis dúvidas. Seu José reconhece a importância da atuação dos médicos e outros profissionais da saúde, principalmente nos casos graves que exigem intervenções mais complexas. De acordo com ele:

“(…). Tem gente que não aguenta mais ir no médico e não ser escutado, os médicos também não explicam direito o que o remédio vai fazer no corpo e se pode ter alguma reação, eu faço isso aqui. (...) Eu penso que tem coisas que você não precisa da receita, por exemplo, uma diarreia ainda no início, se está em um quadro inicial sem outros sintomas tem remédio que pode resolver e não precisa a pessoa ir no médico... Agora já tem outros casos que tem outros sintomas e a gente percebe que o conhecimento médico e o tratamento do hospital é essencial.”

Concepções populares de saúde-adoecimento e práticas populares de cuidado

Os recursos e as diferentes práticas de saúde são acionados de acordo com cada situação. Identificar o que as pessoas entendem por saúde e doença e como é a experiência de sentir-se saudável ou doente envolve diferentes percepções e significados a cada experiência. A partir dos depoimentos, foi possível observar que para os moradores ter saúde é se sentir saudável, o que envolve diversas emoções sobre o corpo, mente e espírito. Especialmente, se refere ao trabalho, em estar disposto para o trabalho, o que reflete a configuração dessa classe trabalhadora que vive em Vila Estrela. Na explicação de uma moradora:

“Saúde é você estar bem de espírito, bem na

alimentação, é você viver bem no seu dia-a-dia... Então ter saúde é ter disposição, é sair, é andar é ajudar o seu próximo.”

Com relação às emoções que permitem ou levam ao estado de saúde, pode-se considerar que estão associadas de alguma forma à harmonia que marca o universo social de cada um. Por exemplo, quando essas mulheres afirmam que ter saúde é quando se tem um trabalho, quando se tem um bom relacionamento com amigos e familiares e melhores condições de vida, determinados sentimentos ou emoções dominam a pessoa.

Outra consideração a se fazer é que as entrevistadas acreditam que para ter e manter a saúde é preciso cuidar do seu corpo nas suas relações sociais, como também de maneira individual. Cabe ressaltar que, nas narrativas, o discurso biomédico pode influenciar de certa forma o que elas entendem por saúde quando reproduzem que saúde é a ausência de doenças e pelas orientações que devem ser seguidas para o cuidado com o corpo.

Assim, todas explicaram a importância de se fazer uma alimentação mais equilibrada e saudável e de praticar atividades físicas. Caso contrário, alguma doença pode acometer as pessoas quando elas não possuem ou praticam esses hábitos. Desse modo, as narrativas traziam, também, os termos saúde e doença como estados que são explicativos e fazem parte dos discursos dos médicos. De acordo com uma moradora:

“Ter saúde é não ter nenhum sintoma de doença... É uma pessoa que faz atividade física, se alimenta bem.”

Em contrapartida, quando a discussão é aprofundada a doença passa a ser associada às alterações que ocorrem no corpo e, também, nas emoções e na mente, atingindo uma dimensão física e espiritual. E assim, os processos de saúde-adoecimento ampliam-se para além do corpo biológico. Surge uma classificação dos adoecimentos, há “as doenças da carne”, compreendidas como doenças materiais que alteram o equilíbrio biológico e social da vida da

pessoa e que por sua vez causam dor e sofrimento. E há “as doenças espirituais”, que estão mais relacionadas às emoções, alterações da mente e ao comprometimento das relações entre as pessoas, suas crenças e práticas religiosas. Quando se tem uma doença “espiritual”, as doenças “da carne” podem ser desenvolvidas a partir da fragilidade em que se encontra a pessoa acometida por esse adoecimento. Uma moradora explica:

“Tem as doenças da carne, que a pior é o câncer... Doença da carne é essas que a gente sente dor no corpo e tem que tratar no hospital (...) Eu acho que a doença pior que tem é a espiritual... Doença espiritual é doença da alma é a tristeza a falta de força para enfrentar os problemas da vida.”

Nessa dicotomia entre “carne” e “espiritual”, as intervenções religiosas surgem com grande peso nas terapêuticas desde a oração até a cura feita por pastores em processos denominados de “libertação”. As explicações religiosas perpassam todo o processo de saúde-adoecimento e terapêutica dos moradores da Vila Estrela. A fé aparece como elemento central na experiência do adoecimento e nos processos de cura. O ambiente da igreja marca as intervenções religiosas. Assim, para Valla (2002), a religião possibilita a criação de uma identidade, de práticas para o enfrentamento dos problemas e de soluções para a luta por sobrevivência.

Considerações finais: o contraponto com o sistema oficial de saúde e a prática biomédica

As práticas oficiais de saúde são ofertadas à população por meio de políticas, programas e são executadas principalmente dentro de instituições, como hospitais e centros de saúde, que interagem diretamente com os usuários. A lógica biomédica, muitas vezes, é fundamentada na concepção de que as pessoas quando apresentam algum sintoma de doença e estão com a saúde comprometida devem procurar os serviços desempenhados por profissionais da saúde. É importante destacar que esse sistema oficial desempenha sim papel fundamental,

principalmente, em grupos sociais hegemônicos. Existe um discurso e configuração política que sustentam essa conformação e a própria sociedade se molda e adere a essas práticas. No entanto, o contexto de desigualdade no qual se encontram vários grupos sociais no Brasil, por mais que esses estejam inseridos neste sistema oficial, faz com que tecnologias de cuidado oficiais não alcancem todos da mesma maneira.

Para o caso da Vila Estrela, cabe enfatizar que a maioria dos moradores é constituída de pessoas com poucos recursos econômicos, usam transporte público e trabalham no DF em ocupações que são desvalorizadas, como serventes de obra, diaristas, auxiliares de serviços gerais, entre outras. Dessa forma, esses indivíduos estão inseridos em contextos de desigualdade social que se transfigura em desigualdade em saúde. Assim, o pertencimento social dessas famílias inscrito na cor da pele das pessoas, na ocupação que elas têm, no local onde vivem, os insere em contextos de desigualdade e processos de marginalização. Eles acabam por não acessar melhores condições de existência e de saúde devido a esses contextos e processos.

Os profissionais de saúde ou gestores de políticas públicas estão pouco interessados em saber ou conhecer os caminhos percorridos por esses moradores antes de buscar os serviços oficiais de saúde, em fazer chegar terapêuticas e em reconhecer o discurso dessas pessoas. Quando essas pessoas acessam algum serviço público, a preocupação é apenas considerar e repassar o discurso biomédico ou oficial.

Assim, apesar da importância e da contribuição desse sistema é preciso questionar sua supremacia com relação a outras práticas de cuidados principalmente dessas comunidades. A possibilidade de quebra dessa supremacia, segundo Sarti (2010), ocorreria com a troca e não com a transformação de uma área por influência de outra, mas pelo reconhecimento da alteridade.

Nas narrativas apresentadas, as participantes se queixaram desses serviços e afirmaram não gostar de utilizá-los, sendo que os acionam apenas quando se esgotam todas as alternativas de solucionarem seus problemas

com outras terapêuticas. Assim, classificam as doenças como graves aquelas que, justamente, por não terem conseguido êxito ou solução com outras práticas, necessitam da intervenção e dos cuidados produzidos nas instituições oficiais de saúde. De acordo com uma morada:

“Os problemas simples são esses que a gente consegue cuidar em casa mesmo sabe. Quando é uma coisa mais grave assim a gente procura a farmácia e em último caso o hospital porque aqui não tem médico. Se depender de esperar aqui você morre.”

No caso de Vila Estrela, as pessoas acionam suportes sociais no cuidado com a saúde, isto é, as redes de relações sociais, os terapeutas localizados e as igrejas. Assim, nos termos de De Certeau (1996), no movimento de criarem esses suportes sociais, acabam por criar micro resistências, onde fundam micro liberdades, mobilizam recursos sociais e assim deslocam as fronteiras da dominação que é o processo de desigualdade e marginalização que sofrem por não terem acesso a políticas, programas e serviços de saúde, dentre outros. que sofrem por não terem acesso a políticas, programas e serviços de saúde, dentre outros.

Nesse sentido, para Dunges et. al. (2011) tratar dos conhecimentos e práticas populares de cuidado, necessariamente deve-se discutir a biomedicina, que mantém uma relação de força com essas práticas localizadas. Tendo em vista que a produção da saúde é composta por um conjunto de práticas, diferentes saberes e um leque de experiências, torna-se preciso considerar as formas alternativas de cura, em seus contextos, como complementares e também como a base simbólica das terapias convencionais da ciência modernas.

Os moradores da Vila Estrela reconhecem que para melhorar a saúde da comunidade e do município é preciso que se tenham mais hospitais, centros de saúde e profissionais da saúde, principalmente, médicos. Distantes de qualquer ação pública e do acesso a tecnologias de cuidado oferecidas pelos serviços públicos de

saúde, inseridos em contextos de desigualdade em saúde, os moradores de Vila Estrela criam suas práticas de cuidado, apresentam autonomia em desenhar seus itinerários terapêuticos, definem a partir de seus sistemas classificatórios ou de sua base epistemológica suas concepções de saúde e adoecimento e decidem quando procurar um médico ou resolver o problema em casa.

Esse suporte social e socialidades, que dinamizam o cuidado com a saúde, deveriam ser fomentados conjuntamente com o acesso a tecnologias e melhores condições de existência que segmentos privilegiados vivenciam, mas não é o que o Estado em suas diversas dimensões pretende para com essas pessoas.

Referências bibliográficas

ALVES, PCB; SOUZA, IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Fundação João Pinheiro – FJP. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013.

CARNEIRO DA CUNHA, M. organizadora. *Culturas com aspas*. São Paulo: Cosac & Naify; 2009. p. 301-310.

DE CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes do fazer*. Petrópolis: Vozes; 1996.

DESLANDES, SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 31-60.

DUNGES, JR; BARBIANI, R; SOARES, NA; FERNANDES, RBP; LIMA, MS. *Saberes populares*

- e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011 Nov [acesso 24 Mar 2015]; 16(11): 4327-4335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200005>.
- GERHARDT, TE. *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade*. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Nov [acesso 24 Out 2013]; 22(11): p. 2449-2463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>.
- Goiás. Prefeitura Municipal de. *Águas Lindas. História da cidade* [Internet], 2009 [acesso 08 Abr 2013]; Disponível em: <http://aguaslindasdegoias.go.gov.br/OLD/page1.html>.
- IBÁÑEZ-NOVIÓN, MA. organizador. *Anatomias Populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Nóvion*. 1ª ed. Brasília: EDU-UNB; 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2010*. Brasil: IBGE; 2013.
- LANGDON, J; WIJK, F. *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*. *Rev. Latinoam. Enfermagem* [Internet]. 2010 Jun [acesso 22 Jul 2013]; 18(03): 459-466. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
- LOYOLA, MA. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: Difel; 1983. (De Corpo e Alma do Brasil, v. 63).
- MACCALLUM, C. Alteridade e sociabilidade Kaxinauá: perspectiva de uma antropologia da vida diária [Internet]. In: *Seminário Temático Horizontes da Etnologia Indígena: Cosmologias e Formas de Sociabilidade na América do Sul*; 1998; Caxambu, Brasil. Minas Gerais: XXI Encontro Anual da Anpocs; 1995. [acesso 15 Out 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n38/38cecilia.pdf>
- MAXIMO, MT. *Por entre espaços e temporalidades: corpo, memória e história de vida de uma benzedeira* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012 [acesso 15 Out 2013]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/6183>.
- MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; GOMES, R. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 61-77.
- MOREIRA, WW; SIMÕES, R; PORTO, E. *Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado*. *R. bras. Ci e Mov*. 2005; (13)4: 107-114.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE)*. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2013.
- NAKAMURA, E. *O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica*. *Saúde soc.* [Internet]. 2011 Mar [acesso 14 Jan 2013]; 20(1): 95-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>.
- NEVES, JL. *Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades*. *Cadernos de pesquisas em administração*. 1996; 1(3): [5 páginas].
- NÓBREGA, MDS. *Representações sociais da moradia e da natureza dos moradores de loteamento de baixa renda em Águas Lindas de Goiás-GO* [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.
- SARTI, C. *Corpo e doença no trânsito de saberes*. *Rev. bras. Ci. Soc.* [Internet]. 2010 [acesso 30 Abr 2015]; 25(74): 77-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>.
- VALLA, VV. *Pobreza, emoção e saúde: uma*

discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil.

Rev. Bras. Educ. 2002; (19): 63-75.

Vivo aquí ¿qué quieren que haga? Dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural

Horacio Pereyra¹

Resumen

El trabajo indaga la relación que se establece entre mujeres de un barrio en los márgenes de la ciudad Capital de la provincia de Santiago del Estero –Argentina- y los servicios de salud de una Unidad Primaria de Atención ubicada en el sector. Entendida la Salud/Enfermedad/Atención como proceso, destacamos cómo en el trabajo de campo etnográfico, la reflexividad es necesaria para interpretar las condiciones socio-sanitarias desde una perspectiva contextualmente situada, en tanto la escritura etnográfica permite ingresar a la categoría de “interfase” como una dimensión vivida. Analizamos las estrategias de sobrevivencia sanitaria en el plano diario y para conseguir ser atendidas, los momentos en el consultorio y el prohibicionismo médico a las prácticas culturales en salud de las mujeres-madres.

Palabras claves: Interfase urbano-rural; estrategias de sobrevivencia sanitaria; etnografía; prohibicionismo médico; mujeres.

Moro aqui ¿que querem que eu faça? Dinâmicas sócio- sanitário com mulheres mães na interface urbano-rural

Resumo

Este trabalho investiga a relação estabelecida por mulheres residentes de um bairro da periferia da capital da Província de Santiago del Estero (Argentina) com os serviços de saúde de uma Unidade de Atenção Primária localizada no setor. Compreendido o ciclo Saúde / Doença / Cuidados como um processo, destacamos como a reflexão científica se faz necessária para interpretar as condições socio-sanitárias a partir de uma perspectiva contextual no trabalho etnográfico, à medida que a descrição etnográfica permite empregar a categoria da “interface” como uma dimensão vivida. Analisamos as estratégias de sobrevivência em saúde, no cotidiano e para a obtenção de assistência, os momentos no consultório e o proibicionismo médico às práticas culturais em saúde das mulheres mães.

Palavras-chave: interface urbano-rural; estratégias de sobrevivência em saúde; etnografia; proibicionismo médico; mulheres.

I live here, what can I do about it? Socio-sanitary dynamics involving women/ mothers in the urban-rural interface

Abstract

In this paper I explore the relationship between women living in a neighborhood at the outskirts of the capital city of the province of Santiago del Estero (Argentina) and health-care services at a primary health-care center located in their area. Framing health-illness-care as a process, I show how my ethnographic fieldwork required a reflexive stance in order to understand socio-sanitary conditions from a situated perspective, while ethnographic writing provided a means to introduce the category of the urban-rural “interface” as a lived dimension. I study the survival strategies displayed by the women on a daily basis to secure access to health-care, interaction in doctors’ offices, and medical prohibition of cultural health practices by women-mothers.

Keywords: urban-rural interface; sanitary survival strategies; ethnography; medical prohibition; women.

¹ Instituto de Estudios para el Desarrollo Social de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Introducción

La expansión industrial produjo movilización de mano obra hacia los centros urbanos, mientras el espacio comenzaba a tornarse malsano. En el siglo XVIII, ciudades como Londres, Manchester, Liverpool, Paris fueron escenarios centrales de este proceso en donde para obtener el excedente económico se concentró masa obrera en condiciones insalubres, lo cual dio origen a programas gubernamentales de acción sanitaria centrados en saneamiento ambiental e higienismo urbano (ROVERE y SACHETTI, 2013). Edwin Chadwick, considerado el fundador de la salud pública, proclamó que esta debía empalmar intereses de los habitantes de las ciudades, haciendo énfasis en los parámetros sanitarios como condiciones de progreso (PORTER, 1999). Es en este momento cuando las ciudades instalan la premisa de salud como sinónimo de orden más que para curarla (PECHMAN, 2002).

El higienismo y la salud pública son abrazadas en América Latina por sanitaristas preocupados por las fuertes malarias y fiebre amarillas que se dieron en las ciudades. Por ejemplo, en la primera década del siglo XVIII, Río de Janeiro fue castigada por la fiebre amarilla, la peste bubónica y viruela, para lo cual las campañas tuvieron al frente a Oswaldo Cruz; en el siglo XIX, durante la presidencia de Sarmiento en Argentina, la fiebre amarilla azotó la ciudad de Buenos Aires: en ambas, se originaron transformaciones higienistas en el espacio urbano con la idea de modernizar la ciudad (ARMUS, 2000a y 2002b; ABEL, 1986).

Lo sucedido en Buenos Aires invitó a pensar que las ciudades argentinas eran semejantes a las europeas. Sin embargo, el higienismo y la salud pública como agencias del Estado-Nación,

encontraron problemas en el norte argentino para la pretendida homogeneización del territorio nacional. Para lo cual,

Los recursos tanto clínicos y de saneamiento como pedagógicos condujeron a la familiarización con las normas higiénicas de los sectores populares –en su gran mayoría de origen rural–, el avance paulatino de la medicina formal sobre la marginal y a la puesta en valor sanitario de una población que, hasta entonces, permanecía ajena a las preocupaciones de las autoridades sanitarias (ÁLVAREZ, 2010, p. 69).

Nuestro foco estará puesto en esta región del norte argentino, más específicamente en la ciudad Capital de la provincia de Santiago del Estero². La “Madre de ciudades”, como se la conoce en Argentina, no está integrada del todo a los circuitos de la economía global, su actividad productiva se divide en tres, comercio 69%, servicios 27% e industria 4% (COLUCCI, 2012).

Nos enfocamos en un barrio en los bordes de la zona sur de la ciudad, para concentrarnos en las actividades desarrolladas por la Unidad Primaria de Atención (en adelante UPA)³ en el sector, las cuales se dan en el marco de la Atención Primaria de la Salud. La contextualización donde se inscribe esta UPA, es una instancia oportuna para entender la salud en tanto dispositivo de intervención como estrategia y recurso “con la que las formas de pertenencia legítimas devienen en saludables, en contraposición de otras catalogadas de dudosa legitimidad y, por ende, no saludable” (CRAWFORD, 1994, citado en LORENZETTI, 2012, p.1).

Hacer etnografía en el barrio es particular: vivo hace 25 años en el sector. Conocer el territorio,

2 Según el censo Nacional Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, la provincia posee 874. 006 habitantes de los cuales, 273.577 son rurales. Esto la ubica en una de las principales provincias de Argentina con más población rural, pero con fuerte migración hacia la ciudad.

3 Ubicada en los costados del arco madre de ciudades, es un espacio de 150 metros cuadrados aproximadamente. Se divide en guardia-enfermería, consultorio clínico, consultorio odontológico, dirección, oficina de turno, baño. La base de trabajadores/as es constituida por 26 personas: dos médicas y un médico; una odontóloga; cuatro enfermeras; dos Educadores Para la Salud; siete agentes sanitarios; cuatro administrativos; dos personal de limpieza; dos obstétricas y un cardiólogo.

a las mujeres –saber dónde, cómo viven, etc.- me brinda la posibilidad de indagar las estrategias de sobrevivencia sanitaria en su dimensión vivida; pesquisar la capacidad de las mujeres, no solo en el plano de la atención sanitaria, sino en el mundo social. En tanto la escritura, permitió introducir aspectos políticos y sociales de estas prácticas en Salud/Enfermedad/Atención (desde aquí, S/E/A) como proceso vivo.

Un acercamiento a la “ciudad pura” de Santiago del Estero

Argentina posee una migración rural hacia las ciudades que proviene de tiempos coloniales. La formación de la “Madre de Ciudades” en la provincia de Santiago del Estero, nació con una introducción gradual de parámetros higiénicos y salubristas a quienes llegaban del interior consideradas como atrasadas, bárbaras, insalubres y con bajas esperanzas de vida. Sin embargo, en el devenir histórico de la “Madre de ciudades”, las dinámicas socio-sanitarias son campos de batalla entre las prácticas tradicionales y la pretendida homogeneización de la salud pública.

El barrio Almirante Brown es un bastión de esas pujas, puesto que es el más antiguo de la capital. Ubicado en la zona sur de la ciudad, se encuentra atravesado por el desagüe pluvial sur, a los márgenes de este algunas personas se fueron ubicando para vivir en casillas de chapa, plástico o cartón, que cuando llueve demasiado, el desagüe se llena y estas casas se inundan. Los niños y las niñas acuden a diferentes comedores que existen en el barrio: en escuelas primarias, en casas de familias, también las iglesias evangélicas brindan alimentos como *enganche*. El barrio no solo significa proximidad espacial donde las personas se conocen, sino también proximidad de carencias.

Fue formado en el año 1960 bajo el nombre de Tala Pozo destinado a la localización de migrantes rurales provenientes del interior de la provincia, la idea de ubicarlos en el sector ha sido sostener sus pautas culturales, e ir paulatinamente incorporando los modos de la vida urbana (LEGNAME, 1983). De acuerdo a las zonas concéntricas (BURGESS, 1925), ubicamos al sector en el tercer anillo con características de un espacio en transición de la vida rural a la vida urbana, de enclaves étnicos, y con fuerte presencia de masa obrera⁴. La gente del barrio cortaba leña para hacer fuego con el fin de cocinar o para prender el horno de barro, del fruto del mistol hacían bolanchaw⁵, de la algarroba patay⁶, aloja⁷, o recolectaban plantas con propiedades medicinales para vender en el mercado de la ciudad. Poseían animales como gallinas y cabritos, además de siembra. Estas estrategias se vieron modificadas en el año 2012 con la edificación de 100 casas distribuidas en diferentes lugares del barrio otorgadas por el gobierno provincial y por el asfalto en 25 calles; en el año 2015 se construyó un complejo de instituciones educativas en la zona (jardín de infantes, escuelas primaria, secundaria y de capacitación para adultos). Para ser construida las casas y los edificios educativos, los diferentes montes, de donde la gente se proveía, ya no existen.

GRAVANO, (1997), considera a estos sectores “como espacio de reproducción social y material, es particular por la tranquilidad, el carácter propio de gente de trabajadora, solidaridad vecinal, confianza y el conocimiento mutuo, la pobreza como rasgo reivindicativo de tipo estructural, manifestándose como espacio vulnerable que afecta al bienestar social” (1997, p. 8). Situamos a la zona como reproducción necesaria de las clases trabajadoras, resultado

4 Siguiendo a Burgess, a partir de un punto central una ciudad está organizada en 5 anillos: 1^{er}. Concentra área comercial, de negocios, y política; 2^{do}. Adyacente al distrito central, puede ser absorbida dentro de él. Alberga inmigrantes extranjeros, gente proveniente de áreas rurales; 3^{er}. Similares características a nuestro campo de estudio; 4^{to}. Zona residencial, habitada por la clase media y alta. Alejada no solo del núcleo central, sino también de la clase obrera, y 5^o. Alrededor de la ciudad, viven personas que viajan diariamente al primer anillo.

5 Bola de pasta de mistol molida recubierta de harina de maíz tostado.

6 Es una torta de harina de algarroba.

7 Es una bebida, cuya preparación consiste en dejar fermentar las vainas de algarroba en agua.

de la división del trabajo y la distribución de la urbanización, en la cual los barrios de bajos ingresos se sitúan desde el centro a la periferia.

Es feo esperar, pero no tienes alternativa más que eso para que te atiendan. Homo esperandi en la UPA

Un día de febrero del año 2014, llegué a las 6:00 A.M a la UPA, había cuatro mujeres sentadas en el cordón cuneta de la calle del frente, la fila era según el orden en el cordón, pregunté quién era la última, así quedé quinto. Paulatinamente mujeres llegaban de diferentes puntos cardinales, todas a pie, se saludaban, parecían tener una trayectoria como usuarias de la UPA. Dos mujeres cerca de mí conversaban sobre enfermedades que les pasaron y suceden a sus familiares, reflejando la carga que significa para ellas que alguien de la prole se enferme. También es el momento de pedir referencias, “¿cómo atienden aquí?, ¿qué médico es el mejor?”. Como una de ellas preguntaba.

A eso de las 6:30 una mujer llega y pregunta, “¿Quién es la última para la doctora Murad? ¡Porque ella solo atiende 5 turnos!”. A eso de las 6:50, comenzamos a ponernos de pie, y a realizar fila según el orden de llegada a la par de la puerta, porque sostenían que a las 7, comenzaban a dar turno.

Llegó una mujer con pantalón celeste y bata blanca⁸. Saludó y dijo, “vamos chicas, fila, fila” y comenzó a dialogar con las mujeres y tres varones (incluyéndome). Nos reunimos varones junto a las mujeres, y ahí dijo, “hoy vienen todos. ¡Mañana es el último día de la doctora Murad!”. Luego pasamos a la sala de espera, a esa hora éramos 13 mujeres y 3 muchachos. Era el tercero, saqué turno para la médica Murad. Me dijo la mujer que brinda turnos, “ella atiende por la tarde, a las 4:30, pero vos tienes que venir a las 4, así te tomamos la presión y hacemos una historia clínica, es tu primera vez ¿qué no?”, respondí que

sí. Las mujeres que solicitan turno conversan con quien los brinda, “cómo andas vos”, “¿tienes remedio?”, “tengo, tengo [medicamentos]”. Llamó la atención una adolescente que sacó turnos para su madre y dos hermanas, como escuché. Esos actos a nivel micro por ejemplo, me muestra la solidaridad de las mujeres, una de ellas hace la fila para el turno y luego las beneficiadas comienzan a llegar, y a nivel macro me daba la pauta que, la “ventanilla es como un lugar urbano a través y al interior del cual se producen y se articulan procesos culturales y sociales” (SIGNORELLI, 1996, p. 31).

A las 16 hs., con 45 grados centígrados y un ventilador éramos varias personas en la sala de espera. La salud pública modela una cierta necesidad de espera, cargada de suspenso y por la incertidumbre de saber si nos atenderán como murmuró una señora, “ojala venga, encima que hace calor, ¿sería al pedo, no?”.

(...) por eso digo, la espera es tediosa, te molesta, pero no sé, *no tienes alternativa más que eso para que te atienda*, io sé que *es feo esperar*, porque esperas, tienes que esperar que te den turno, después que te tomen la presión, y seguir esperando, porque el médico no llega al horario que te tiene que llegar, y siempre hay un conocido de la enfermera que lo atiende, *pero yo estoy conforme* (Isabel 33 años)⁹.

La sala de guardia, me revelaba que a los servicios de la UPA acceden personas ciudadanas con derechos convertidas en gentes ejercitando la paciencia frente al Estado (CANEVARI, TAMER y PEREYRA, 2018; AUYERO 2012). La espera es vista como legítima, y no como violencia.

La batalla en la UPA

–“Io i sio toda la vida con la salita, io li batallao al médico. Io i tenio que batallá, [así como] como hay gente buena, hay gente que te atiende pa la mierda”–, decía Berta, enfurecida

8 Para profundizar en cómo los contenidos de la indumentaria de los equipos de salud producen diferenciación social, ver Fernández Juan et al (2007); Herrero Tosal, Beatriz; Brigidi Serena, y Hurtado Inma (2013).

9 A fin de dar cuenta del habla de mis interlocutoras, edité muy levemente sus palabras.

por la atención en la UPA. Ella, es una más de las mujeres del barrio, de 45 años, con siete hijos, cinco vivos –dos hijas y un hijo viven con ella- y dos *muertitos* como suele decir. Vive cerca del desagüe pluvial; su marido es albañil, todo el día está afuera trabajando.

En una conversación con ella, entendí que estar *dispuesta a batallar* no solo otorga valor sanitario de ser atendida ella o alguien de su familia en la UPA, también implica un esfuerzo incorporado: preparar unas horas antes la vianda para que su marido lleve a la obra, levantarse a las 5:00 A.M para preparar el desayuno de su marido, y luego ir a la UPA a sacar turno (sin saber si la atenderán por la mañana o por la tarde), y después conseguido el turno, regresar a la casa para levantar a sus hijos/as para ir a la escuela, armar el desayuno para ellos/as, preparar la ropa y vestirlos/as y luego regresar a la UPA.

Ser mujer y vivir en la periferia de una ciudad urbana implica crear múltiples estrategias de sobrevivencia, donde la pobreza acarrea vulnerabilidad de las unidades domésticas, las cuales tienen más de un/a hijo/a. Esto para las mujeres representa una enorme carga: son madres, esposas, trabajadoras, administradoras materiales y emocionales del hogar. Además, cuando alguien se enferma la movilización hasta los servicios de salud es un calvario, deben andar de aquí para allá llevando al/la enfermo/a en brazos y al resto de niños/as aferrados/as a ella, sumando que cuando llegan son negadas, ignoradas y marginadas por su situación de clase (cf. LLOVET, 1989; PRECE, DI LLISCIA Y PIÑERO, 1996).

Berta posee una amplia trayectoria en la UPA. Cuando va al centro de salud recuerda que, “tenías que renegá pa que te den una caja de leche, y te hacían las mil y una de aquí para allá andabas, pero una batallaba y salía adelante”.

En el itinerario terapéutico (IGUN, 1979;

ALVES y SOUSA, 1999) de Berta, emerge el “Modelo Médico Hegemónico”¹⁰. La estructura sanitaria genera situaciones donde ellas deben poner el cuerpo no solo en el plano diario y vivido –gestionar actividades domésticas para conciliar con horarios de la UPA, por ejemplo-, sino también con la propia atención de los servicios de salud.

Zulema, otras de las mujeres del barrio, nos relata cuestiones similares, “tengo que hacer fuego, después la leche y el matecocido pa los chicos, y largar a las cabras, y bueno... a veces llego tarde pa la UPA”. Las formas de la vida cotidiana de las mujeres determinan la asistencia a la UPA. SÁEZ (1975), sostiene “el paso de la vida rural a la urbana puede efectuarse sin que desaparezcan los lazos familiares ni los hábitos rurales, e incluso reproduciendo las estrategias familiares de la vida del campo” (1975, p. 5).

Una voz sin cara llama

En la sala de espera aguardamos a que nos convoquen a los consultorios. Para llamar al turno el/la médico/a desde su sillón exclama: “Cáceres adelante”. No vemos la cara de quien nos llama hasta que sabemos cuando ingresamos al consultorio. Así las mujeres van pasando. Olga me comentaba: “Cuando entro a la consulta es medio jodido porque no le entiendo mucho, aparte la doña [la médica] medio que a veces ni me mira... Pero io a veces le hablo de los que nos sucede en la casa, pero nada... está en la suya”. La invalidación de la vida diaria de las mujeres como determinación social de la salud, se da cuando médicos/as contralan la conversación y dirigen la situación hacia terrenos exclusivamente biomédicos.

Las explicaciones sobre la cuestión a tratar, seguimiento del caso, estudios que se requieren, y fármacos que se deberán tomar, a las

10 Menéndez, Eduardo (2003) define al modelo médico hegemónico como la medicina alopática, en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción, de manera tal que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no es la realidad. El cual tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad por parte de la biomedicina respecto a las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarla, aunque también conduce a una aceptación crítica o inclusive a una apropiación, o un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas. Todo ello, no obstante, siempre que se las asigne un carácter subordinado.

mujeres se les dificulta entender como describe Patricia: “Por ahí hay palabras que no le entiendo al médico, pero io le pregunto qué quieren decir, por ejemplo el otro día le contaba de la última [hija], porque le ha venio un flujito, y ella me ha dicho para hacerle un análisis pero io no sabía qué era ni el nombre me acuerdo y le pregunto para qué es, porque me ha dicho una palabra que no la conozco: y me dice que era para detectar porque es el color, el olor del flujo y entonces io ahí he sabido para qué era el análisis nada mas no entendía por qué la palabra no le entendía, cuando no le entiendo pregunto”.

El lenguaje del *prohibicionismo médico* construye víctimas, “por ahí los análisis no le sé interpretar, pero lo básico si lo sé...io sé que hay gente que no pregunta por vergüenza” (Fernanda 34 años). En aquél turno para la médica Murad, percibí que el poder de la vergüenza construido sobre las mujeres está avalado en fundamentaciones clínicas, que a la vez entronca el interés supremo de la nación: “nos formamos en universidades...aplicamos programas sanitarios por el bien común. A la hora de aplicarlos tenemos dificultad porque los pacientes no entienden” (médica de la UPA).

Con la idea de pesquisar el *prohibicionismo médico* como proceso relacional, conversé con médicos y médicas de la UPA. Saqué turno por la mañana para el médico Aznares, pero atiende por la tarde. Hace 45 grados centígrados y en Santiago del Estero no anda “un alma”, dice una señora mientras esperamos. “Pereyra” escuché; me dirijo al consultorio. Mientras intento explicar el motivo de mi presencia, él procede “primero te veo, luego me dices qué es lo que estás haciendo...Sentate, poné el brazo aquí [sobre la camilla]”, mientras colocaba en mi bíceps una faja algo miraba. Me explica de la presión y sobre algo más, no entiendo nada. Precisé lo que las mujeres me narran: seguir el *protocolo social de atención*, parecer ignorante, no experto, mostrarme sumiso, pasivo, obediente y ser dócil con las pruebas. Luego, me brinda espacio para comentarle lo que estoy haciendo, “que interesante lo que estás haciendo, a nosotros no nos forman en eso...Es medio complicado porque imagínate,

a la mañana laburo en la clínica, después hago otras cosas y aquí ya llego cansado y encima la gente te hace renegar”. Aznares muestra su doble moral médica (CANEVARI, 2011): las personas que solicitamos atención en lo público “hacemos renegar”, quienes pagan en lo privado, no.

Tanto estudiar para que ellas a veces no te hagan caso

En buen parte, el mayor momento de producción social de la salud, es el encuentro que agentes de salud y usuarias tienen en los consultorios. “¡Mamita te dije que no le pusieras el hilo rojo en la frente! Me ha dicho la médico io le había contado que pa pararle el hipo le había hecho lo que mi mama me había enseñao, pero se a calentao el hombre” nos decía Cecilia, usuaria de la UPA.

El *discurso de la prohibición* me develaba no solo los roles que desempeñan el/la médico/a, como figura privilegiada con un saber exclusivo y legítimo (RECODER, 2011), donde la experiencia vivida de las mujeres no sólo es subalternada, sino también cómo la salud pública ha extendido su poder dando lugar a la instalación de prácticas biomédicas que antes resultaban impensadas para las mujeres del barrio, como la medicalización del empacho, hipo en infantes o el control de la fiebre. Al ser un barrio en los márgenes de la ciudad de clase trabajadora provenientes de sectores rurales, las modificaciones en el territorio impactaron en sus formas de relacionarse con procesos de S/E/A, y con ello la medicalización de sus pautas culturales en salud. Dicho en otras palabras, cuando existía el monte el empacho, mal de ojos, etc. eran tratados con los conocimientos que las mujeres tenían de yuyos/insumos que él proveía: estos no solo eran medios terapéuticos, sino también recursos que las mujeres tenían a su alcance, que se mantienen a pesar de las dinámicas territoriales que influyen en el proceso, los cuales a la medicina alópata nada de esto puede interesarle. Hay mujeres que conocen sobre las prácticas tradicionales en salud, sobre todo las que ya tienen experiencia. Son ellas las que sufren esta subalternización: “lo

llevaba a mi hijo con empacho, porque la tirada de cuerito no ha funcionao, y luego y le digo al médico lo que a pasao, ¡para que! Me ha dicho de todo culpándome de cómo estaba mi hijo” (Alicia, 35 años).

En los encuentros con Cecilia y Alicia, pude advertir cómo la atención en el consultorio emerge como categoría dada y pre-existente: un encuentro cara a cara, lo cual se entiende como situación objetiva separada de los procesos sociales en que las mujeres viven. Sin embargo, ellas, “despliegan prácticas en la gestión comunitaria y barrial a fin de resolver las necesidades básicas en salud. Detección, diagnóstico y atención, padecimiento y enfermedades del conjunto de la familia, como también la toman decisiones con respecto a qué hacer ante estas: consulta médica, no médica, auto-atención y/o no atención” (WEINGAST, 2005, p. 33). De esta manera se desconocen no solamente las prácticas tradicionales en salud, sino además, los conocimientos que las propias mujeres tienen de prácticas transmitidas de sectores rurales donde ellas se relacionan.

Judith en una conversación nos decía,

Judith: cuando le agarra fiebre les pongo un paño pero de agua con vinagre, al más chico con el ibuprofeno me le hago bajar la fiebre, un genérico que dan en la UPA o que a veces lo compro.

Horacio: ¿cómo preparas el paño?

J: io lo pongo en el platito hondo agua con vinagre y lo mojo. Les pongo bajo las asilas, bajo el cuello y les dejo un rato ahí.

H: ¿quién te ha enseñado?

J: ese y aprendió porque ha venío mi cuñada del campo, que ella dice que con eso le hacía bajar [la fiebre] a los hijos, ella vive en El Simbol¹¹ (Judith, 37 años, mujer del barrio y paciente de la UPA).

El saber de Judith manifiesta varias cosas: las mujeres cuando despliegan estrategias

de sobrevivencia sanitaria están impugnando la hegemonía legítima del saber médico. Parafraseando a Marx (1906), las mujeres “lo hacen pero no saben que lo hacen”. Por otro lado, me reflejaba que la salud pública no ha incorporado los flujos de intercambio de saberes entre espacios urbanos y rurales, los cuales adquieren un peso significativo durante el involucramiento de las mujeres en los procesos socio-sanitarios. En la experiencia de Judith, descubrí que, médicos y médicas de la UPA no tienen formación sobre procesos socio-territoriales que impactan en la S/E/A. Lo que intento remarcar es que, mediante la contextualización de sus condiciones de vida, las mujeres procuran sobreponerse a las prácticas de enajenación, tutelaje (CANEVARI, 2011) y reificación de la conciencia de paciente (TAUSSIG, 1995).

Una médica de la UPA me decía,

Las malas pacientes son las que no obedecen, imagínate ellas no quieren dar la teta y dicen que le darán otras cosas a sus hijos.

También las malas pacientes son las que vienen tarde, nosotros les damos turno para las 8 y ellas aparecen a las 10 o 11 de la mañana, son las adolescentes que no hacen nada y duermen hasta tarde (médica clínica de la UPA)¹².

Unos días antes mientras esperábamos la atención para esta médica, la cual nos citó a la 16:30, una mujer no mayor de 30 años aparentemente, llegaba a la UPA con un coche tapado de toallas, que cuando le sacaba, nos decía “pa que no le haga tanto calor”. Eran toallas mojadas que tapaban a su hijo de los 45 grados centígrados de esa siesta. Esperamos ahí, éramos solo cinco personas porque quien nos proporcionaba turnos, tenía órdenes de no dar más. Al fin la médica llegó a las 18:30.

Esto permitía conocer cómo la figura de usuaria es construida de acuerdo a su buena

11 El Simbol es una localidad que forma parte del Departamento Silípica. Está a 40 km. de la ciudad Capital de Santiago del Estero hacia el sur. El dato implica que ella emigró desde esa localidad hacia la Capital de la provincia.

12 Médica clínica, quien brinda 5 turnos, o la que “su” horario es a la 16:30. Sin embargo, durante mi trabajo de campo, esta profesional concurre a la UPA a las 18:30, mientras sus pacientes llegan al centro de salud, con 45 grados de calor a las 16 hs.

disponibilidad a recibir atención médica. Quien se revela y no obedece a la autoridad es vista como mala paciente (CANEVARI, 2011). La médica clínica de la UPA nos expresaba, “(...) Tanto estudiar, para que ellas a veces no te hagan caso”.

El *prohibicionismo médico* no está establecido como ley, sino en el imaginario del *modelo médico hegemónico*. Analizar el *prohibicionismo médico*, me permitió profundizar en qué sentidos las prácticas socio-sanitarias reproducen y recrean las desigualdades, naturalizando ciertas normas de salud socialmente instituidas (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2008). Pude observar las tensiones entre los distintos “modelos de atención”: el biomédico, el alternativo subordinado (comunitario-tradicional) y el de autoatención (MENÉNDEZ, 1994 y 2003). Mis interlocutoras también me estaban diciendo que, el *modelo médico hegemónico* genera situaciones conflictivas con ciertas concepciones y prácticas de S/E/A de las mujeres. La perspectiva biologicista centrada en la racionalidad científica y su carácter individualista y a-histórico refuerza tanto la subordinación, como también la exclusión de los saberes de las mujeres transmitidos generacionalmente, deslegitimando de este modo las prácticas asociadas a los mismos (COMELLES, 2004; MENÉNDEZ, 2005).

Cuando no se habla, ¿los mensajes dónde están? Afiches, carteles y folletería como normas sanitarias

Las paredes de la UPA están repletas de afiches, carteles, recomendaciones médicas, etc. La sala de espera es el lugar indicado. En su mayoría son del Ministerio de Salud Pública de la Nación¹³ respecto de pastillas anticonceptivas, Papanicolaou, colocación de DIU, etc. Todos dirigidos a mujeres.

Los carteles contienen *meta-mensajes*, primero de “promoción de la salud” para ser incorporado como norma sanitaria por las mujeres, segundo, no tienen en cuenta los

territorios donde se llevan a cabo sus políticas sanitarias. Es decir el entonces Ministerio de Salud, por medio de sus afiches en las UPA, homogeniza y condensa cuestiones micro-ideológicas en la población (ÁLVAREZ, 2010). Hay dos que me llaman la atención, uno en la puerta del consultorio de la odontóloga que dice:

Por favor:

Para consulta de la odontóloga venir cepillado los dientes.

Muchas gracias.

El otro siguiendo el hilo conductor del anterior, sostiene:

Por favor cuidar la higiene personal cuando asisten para:

Consulta médica

Odontóloga

Tratamiento de enfermería (curación, inyección, etc.)

Vacunas Gracias

Claro está que concurren usuarias sin higienizarse, atmosfera de estricta admisión médica en la salud pública, en tanto del público “limpio”. Es decir, las representaciones que se originan al interior del campo de la salud pública de la UPA, es la estructura de relaciones objetivas entre las posiciones de los agentes del campo lo que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que pueden tener de ellas los agentes del campo (BOURDIEU, 2007). Para decirlo en otras palabras, esos afiches no se reducen solo a emitir mensajes, sino a producir una estratificación social. El problema sanitario no es la persona enferma, sino la pobre. Ideológicamente se proyecta al público destinatario de los folletos, panfletos, afiches de educación para la salud, y toda la propaganda médica, como productores de un discurso y comportamiento, que encarnan la ignorancia, reproduciendo una presunción básica del MMH. La *comunicabilidad* opera de manera similar al modelo, está construida ideológicamente de forma

13 En el año 2014, cuando realicé esta pesquisa, la cartelera sanitaria nacional era el Ministerio de Salud de Nación, en el año 2018 fue reducido a nivel de Secretaria de Salud de la Nación.

similar, de tal manera que produce sujetos, los estructura jerárquicamente, reclutando entonces a individuos y colectivos para que se interpelen a sí mismos, recayendo más habitualmente sobre miembros de las poblaciones subalternas más duramente afectadas por las disparidades de salud (BRIGG, 2005).

Las personas que lean esos afiches pueden sentirse interpeladas, como nos cuenta una usuaria de la UPA: “*io creo que puede caer mal, pero a mí no, porque tengo el hábito de lavarme, io considero que está mal haberlo puesto, porque hay gente que no tiene el hábito de lavarse, porque a veces puedes verlo antes de que te atiendan, y lees eso, y no te has lavao los dientes se va a ir sin que lo atiendan, tal vez no se digo io, porque se va a sentir medio afectado*” (Clarisa, 32 años).

Una trabajadora de la salud de la UPA me expresa, “eso lo pega la enfermera, mandada por los médicos, porque viene gente deplorable (...). Hay gente del costado del desagüe que vive en choza, y esa gente no tiene agua, entiendo que es contradictorio también, como le puedes pedir que venga higienizados, si no tienen agua”.

Estos afiches revelaban, primero, que para las distintas plataformas legales, el ser atendida en la UPA, otorga un derecho, mientras que en el plano diario de la atención pasa a ser una exclusión subrepticia; segundo, responsabilizan la conducta individual de su propia salud promoviendo “estilos de vida saludables”, sin enfatizar en el impacto de la determinación social de la salud (ROJAS-RAJS, 2016). Tampoco hacen ahínco en que la falta de agua corriente y de una vivienda adecuada, no son dignos para la vida.

Reflexiones finales

El territorio en los últimos años ha sido revalorizado por la salud pública (BORDE y TORRES-TOVAR, 2017), sin embargo ha sido reducido a espacios urbanos o rurales (cp. BREILH, 2010). La categoría de interfase desafía lo estático y opuesto dando cuenta de la inscripción de las dinámicas socio-sanitarias

donde las personas no permanecen “atadas” a un espacio rural o urbano, sino que incorporan y despliegan prácticas y saberes entorno a la S/E/A en la interfase de esos espacios.

Este escrito expone las posibilidades de una estrategia etnográfica en campos socio-sanitarios para dar cuenta de tensiones entre los servicios de salud pública y las personas que viven en la interfase urbano-rural. Esto radica en introducir formas científicas sociales de pruebas en una tradición de investigación que ha sido manejada por una “jerarquía de la evidencia” estrechamente definida y biomédicamente dominada (LAMBERT, 2006). El *prohibicionismo médico*, al ubicar a las mujeres como pacientes, las aplanan como mayoría irredenta (ESCARDÓ, 1980), convirtiéndolas en individuos enfermas – de acuerdo a parámetros biologicistas-, que deben obedecer indicaciones médicas para permanecer en pasividad en sus lugares colocándolas en posición de víctimas (BORDELOIS, 2009). Sin embargo, no acuden pacientes que se curan sino personas socio-históricas que despliegan conocimientos sobre salud incorporado en diferentes territorios.

Registrar las estrategias de *sobrevivencia sanitaria* resultaría beneficioso para científicos sociales, permite debelar cómo los servicios de salud obligan a las mujeres a desarrollar *habitus* de *disponibilidad médica*: por miedo a no ser atendidas deben estar dispuesta, aunque no comprendan, al despliegue del saber médico sobre sus cuerpos o sobre alguno de la familia. Por otro lado, la realidad de la vida cotidiana de las mujeres, las obliga a realizar diferentes tareas domésticas y extra-domésticas para *conciliar* con el horario de atención del servicio de salud.

No poder establecer diálogo profundo con el sistema de salud pública del barrio me dificultó acceder a las historias clínicas. Esto hubiera servido para analizar cómo construyen los indicadores clínicos; qué dicen de las mujeres; del territorio, etc. También, mi falta de “llegada” a la UPA no permitió realizar un abordaje etnográfico de las consultas médicas¹⁴, en estos

14 Recoder María (2011), realiza este abordaje centrándose en las consultas clínicas en la atención de portadores del VIH/Sida.

espacios se dan interacciones que dan lugar a procesos interpretativos que operan en la forma de construcción de la enfermedad, de la relación médico/a-usuario/a, etc.

Referencias

ABEL, Christopher. *Health, hygiene, and sanitation in Latin America, 1870-1950*. Londres: Institute of Latin American Studies, University of London, 1986.

ÁLVAREZ, Adriana. *Entre muerte y mosquitos*. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX). Buenos Aires: Editorial Biblos, 2010.

ALVES, Paulo Cesar y SOUZA, Iaria Maria. “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico”. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iaria Maria (Org.), *Experiência de doença e narrativa*, p. 125-138. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARMUS, Diego. *Entre Médicos y Curanderos. Cultura, Historia y Enfermedad en América Latina Moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002a.

_____. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. In: *Revista Asclepio*, v. LIV (2), p. 41-60. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2002b.

AUYERO, Javier. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013.

BREILH Jaime. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. In: *Salud Colectiva*, v. 6, n. 1, p. 83-101. Buenos Aires: Instituto de Salud Colectiva, 2010.

BORDE, Elis y TORRES-TOVAR, Mauricio. “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. In: *Saúde Debate*, v. 41, Núm. Especial, p. 264-275. Rio de Janeiro: Centro Brasileño de Estudios de la Salud, 2017.

BORDELOIS, Ivonne. *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009.

BRIGG, Charles. “Perspectivas críticas de la salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. In: *Revista de Antropología Social*, v. 14, pp. 101-124. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2005.

BOURDIEU, Pierre. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina, 2007.

BURGESS, Ernest. “The growth of the city: an introduction to a research Project”. In: PARK, Robert; BURGESS, Ernest; MCKENZIE Roderick; WIRTH, Louis (ed.), *The City*, p 47-62. Chicago: University of Chicago Press, 1925.

CANEVARI, Cecilia. *Cuerpos enajenados. Experiencia de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco edita y Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2011.

COLUCCI, Alba. *La geografía y el desarrollo local: gestión y redes en los municipios de la provincia de Santiago del Estero*. Santiago del Estero: Universidad Católica de Santiago del Estero, 2012.

COMELLES, Josep. “El regreso de las culturas: diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI”. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, p. 17-30. Quito: ABYA YALA, 2004.

ESCARDÓ, Florencio. *Carta Abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Emecé, 1980.

FERNÁNDEZ, Juan Manuel Tristán; RUIZ, Fernando Santiago; VILLAVERDE-GUTIÉRREZ, Carmen; MAROTO-BENAVIDES, María Rosa; JIMÉNEZ BROBEIL, Silvia; TERCEDOR, Tristán María Rosa. In: *Revista ANTROPO*, 14,

- p. 37-45. Bilbao: Groupement d'antropologie Didactique, 2007.
- GRAVANO, Ariel. "Variables de lo barrial y lo barrial como variables en la ciudad intermedia". In: V CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, 1997.
- HERRERO, Beatriz Tosal, BRIGIDI Serena; HURTADO, Inma. "Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales". In: ROMANI, Oriol (coord.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, p. 191-212. Cataluña: Publicación de la Universitat Rovira i Virgili, 2013.
- IGUN, U. A., "Srages in health seeking: a descriptive model". In *Revista: Social Science & Medicine*, 13A, p. 4-16, 1979.
- INDEC. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto de Estadísticas y Censos, 2010.
- LAMBERT, Helen. "Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine". In: *Social Science & Medicine*, 62, p. 2633-2645, 2006.
- LEGNAGE, Rodolfo. *Mirar la ciudad con alegría*. Santiago del Estero: El Liberal, 1983.
- LORENZETTI, Mariana. "Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud". In *Estudios en Antropología Social*, v. 2, n.1, p. 54. Buenos Aires, Centro de Antropología Social – Instituto de Desarrollo Económico y Social, 2012.
- LLOVET, Juan. *Servicios de salud y sectores populares: Los años del Proceso*. Buenos Aires: CEDES- HVMANITAS, 1989.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel. *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MARX, Karl. *El capital. Crítica a la Economía Política. Libro primero, El proceso de producción*. México D.F: Siglo XXI editores, 2008.
- MENÉNDEZ, Eduardo. "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?" In: *Revista Alteridades*, v.4, n.7, p.71 - 83. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, 1994.
- _____ "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p. 185 - 207. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003.
- _____ "Intencionalidad, Experiencia y Función: la articulación de los saberes médicos". In: *Revista de Antropología Social*, v.14, p. 33-69. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2005.
- PECHMAN, Robert. *Cidades estreitamente vigiadas. O detective e o urbanista*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.
- PRECE, Graciela; DI LISCIA, María; PIÑERO, Laura. *Mujeres populares, el mandato de cuidar y curar*. Buenos Aires: Biblos, 1996.
- PORTER, Dorothy. *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London/New York: Routledge, 1999.
- RECODER, María. "Médicos, pacientes y consultorio. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/SIDA". In: *Runa XXXII*, v.32, n.1, p. 63-82. Buenos Aires: FFyL-UBA, 2011.
- ROJAS-RAJS, Soledad. "La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud". In: revista de *Salud Problema*. v.10, n.19. p. 9-21. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2016.

ROVERE, Mario; SACCHETTI, Laura. *La salud pública como arquitecta: el orden urbano a ambos lados del Atlántico, 1870-1910*. Buenos Aires: El Ágora, 2013.

SÁEZ, Horacio. “La definición de lo urbano”. In *Estudios geográficos*, v. 36, n. 138-139, p. 265-302, 1975.

SIGNORELLI, Amalia. “Antropología de la ventanilla. La atención en oficinas y la crisis de la relación público-privado”. In: *Revista Alteridades*, n. 11, p. 17-31. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, 1996.

TAMER, Cecilia; CANEVARI, Cecilia; PEREYRA, Horacio. “Cuando habla el poder judicial. Sentencias por femicidios en Santiago del Estero”. In: CANEVARI, Cecilia (coord.). *Los laberintos de la violencia patriarcales*, p. 69-87. Santiago del Estero: Barco Edita-Facultad de Humanidades Ciencias Sociales de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2018.

TAUSSIG, Michael. “La reificación y la conciencia del paciente”. In: TAUSSIG, Michael *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia*. Barcelona: Gedisa, 1995.

WEINGAST, Diana. “Prácticas de auto-atención implementadas por un grupo de mujeres de sectores pobres urbanos de la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada, Argentina”. In: BARONE, Myriam; SCHIAVONI, Lidia (comp.). *Efectos de las políticas de ajuste en la década del 90*, p. 25-38. Misiones: Editorial Universitaria, Universidad Nacional de Misiones, 2005.

“Eu vou escutar esse povo!”: uma abordagem antropológica sobre experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas, em Pernambuco, Brasil

Flávia Maria Martins Vieira¹

Resumo

Neste artigo busca-se compreender como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. O exercício analítico parte de um entendimento sobre as experiências cotidianas dos profissionais de saúde. Essas experiências são percebidas a partir de contextos de intermedialidade onde se apresentam complexas relações entre medicinas indígenas e biomedicina. Os dados utilizados são fruto de pesquisa etnográfica desenvolvida com profissionais de saúde de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI PE). Realizou-se observações participantes, acompanhamento do trabalho das EMSI e entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde. A partir dos conceitos de intermedialidade, competência cultural e reflexividade, analisa-se narrativas de interlocutores a respeito de situações de dilemas e limites vividas pelos mesmos no contexto de atendimento aos povos indígenas. Destaca-se que os processos sobre como conduzir tratamentos e encaminhamentos das pessoas atendidas também passam por negociações dos profissionais de saúde com suas próprias concepções, formações e identidades. As situações relatadas pelos interlocutores da pesquisa os afetam e provocam reafirmações, mudanças, hesitações sobre as suas formas de pensar/agir na saúde indígena.

Palavras-chave: *profissionais de saúde; antropologia da saúde; intermedialidade*

“I’m going to listen to these people”!: an anthropological approach about health professionals experiences in indigenous context, at Pernambuco, Brazil.

Abstract

This essay discusses how health professionals re-elaborate their conceptions of health and illness through their work in indigenous contexts. The analysis starts from an understanding of the daily experiences of health professionals. These experiences are perceived from contexts of intermediality where there are complex relationships between indigenous medicines and biomedicine. The data resulted from the ethnographic research developed with health professionals of the Multidisciplinary Indigenous Health Teams (EMSI) of the Pernambuco Indigenous Special Sanitary District (DSEI PE). The data were collected by participant and observations, semi-structured interviews with health professionals and following the routine of EMSI work. Based on the concepts of intermediality, cultural competence and reflexivity, narratives of interlocutors are analyzed regarding situations of

¹ Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

dilemmas and limits lived by them in the context of working with indigenous peoples. It should be stressed that the dialogue on how to conduct treatments and referrals of the patients also go through negotiations of health professionals with their own conceptions, formations and identities. The situations reported by the research interlocutors affect them and provoke reassertions, changes, hesitations about their ways of thinking / acting on indigenous health.

Keywords: *health professionals; anthropology of health; intermedicallity.*

Introdução

Através de uma abordagem antropológica e de um diálogo muito próximo ao campo da Saúde Coletiva, busco analisar neste artigo como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho cotidiano em contextos indígenas. Podemos afirmar que existem vários trabalhos no campo da Antropologia que se dedicaram ao estudo das medicinas indígenas e à análise de como os povos indígenas compreendem as noções de saúde, doença, morte e cura (BUCHILLET, 1991; LANGDON e GARNELO, 2004; FERREIRA e OSÓRIO, 2007; LANGDON e CARDOSO, 2015). No entanto, dentro do campo da Antropologia da Saúde e da Etnologia Indígena merecem ainda serem exploradas as compreensões dos profissionais de saúde que também são atores no contexto de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Inspirando-me em referências como Pereira (2012), Fóller (2004) e Langdon (2004), proponho um descolamento do olhar antropológico em direção às experiências

cotidianas de profissionais de saúde que atuam cotidianamente no atendimento a populações indígenas. Entendo que conhecer de forma aproximada essas experiências pode trazer nova luz para o debate antropológico sobre diferentes medicinas e concepções sobre processos de saúde e doença.

Especificamente para este artigo, apresento dados e considerações que compuseram um dos capítulos de minha dissertação de mestrado em antropologia². O trabalho de campo ocorreu ao longo dos anos de 2017 e 2018 a partir de entrevistas e principalmente do acompanhamento da rotina de profissionais que compõem Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de postos de saúde indígena e polos base da região do sertão pernambucano. No presente artigo não serão apresentados minuciosamente os percursos metodológicos escolhidos para a pesquisa de mestrado, no entanto, devo salientar, que uma diversidade de técnicas de trabalho de campo foram utilizadas: observações participantes; entrevistas qualitativas semiestruturadas; uso intensivo do diário de campo; elaboração de mapas georreferenciados de percursos e localidades do trabalho de campo; quadro esquemático com informações sobre os lugares visitados, as respectivas distâncias em quilômetros e pessoas a serem contatadas; desenhos em diários de campo sobre os postos de saúde; quadro esquemático elaborado para de análise de dados e auxílio na procura por padrões e conexões entre anotações dos diários de campo e entrevistas. Todas essas técnicas foram cruciais para o desenvolvimento e desfecho da pesquisa de dissertação e também são parte do conteúdo que compõe este artigo.

Seguindo leitura de Pereira (2012), afirmo que profissionais de saúde advindos de uma

2 Do ponto de vista ético, todos os dados aqui apresentados fazem parte de pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP UFPE/ CAAE: 90732818.4.0000.5208 / Número do parecer: 2.776.660. e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI PE). Após todas as autorizações institucionais necessárias, realizei as entrevistas com profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE) e também acompanhei suas rotinas de trabalho. Respeitando os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs), utilizei nomes fictícios para me referir a todos os interlocutores da pesquisa. Afirmo categoricamente que não foi propósito deste trabalho fazer qualquer tipo de avaliação moral sobre o trabalho dos profissionais, suas rotinas e modos de agir. Também não competiu a este trabalho uma avaliação sobre a PNASPI ou o sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS).

formação baseada no modelo biomédico passam a questionar suas próprias concepções sobre processos de saúde e doença a partir de situações vividas no cotidiano de atendimento em contextos indígenas. Ao mesmo tempo em que esses profissionais percebem e vivenciam limites em suas atuações, eles também são afetados por elas (PEREIRA, 2012). A partir do trabalho de campo realizado em Pernambuco, tornou-se necessário complexificar o lugar e experiências desses profissionais de saúde, de forma a me afastar de uma perspectiva dicotomizada (profissionais X indígenas; medicinas indígenas X biomedicina). Haja vista, por exemplo, que, dentro das próprias EMSI também haverá indígenas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde).

Inspirando-me em Maj-Lis Föllner (2004), utilizo a categoria intermedialidade para entender os contextos de trabalho dos profissionais de saúde de modo a perceber os diferentes sujeitos e medicinas em suas negociações e relações no que se refere aos processos de saúde e doença. Compreendo, ainda, que as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina mantêm relações históricas e dinâmicas com encontros, equívocos, diálogos e relações de poder (DIEHL e RECH, 2004, FÖLLNER, 2004).

Um das políticas que lança diretrizes para o trabalho em saúde com populações indígenas é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Lançada em 2002, a PNASPI propõe que os modelos e práticas biomédicas de saúde devem ser articulados com as medicinas indígenas (BRASIL, 2002). No entanto, esta ainda seria uma tarefa desafiadora na realidade e prática dos profissionais que atendem às populações indígenas (CARDOSO, 2015).

As experiências dos profissionais de saúde estão circunscritas pelo histórico de relações que o Estado brasileiro assumiu com as populações indígenas. A distribuição e uso de medicamentos entre populações indígenas fez parte, por exemplo, do empreendimento colonial no Brasil (DIEHL e RECH, 2004). Deve-se ter em vista ainda que, não só no âmbito da atenção à saúde

dos povos indígenas, mas no âmbito da saúde pública no Brasil, cada vez mais o seu *modus operandi* vem sendo influenciado por uma lógica e racionalidade advindas de um modelo biomédico hegemônico e da rede privada de saúde (PEREIRA, 2008; FISCHBORN e CADONÁ, 2018). Essas questões podem trazer implicações para o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente em contextos indígenas onde se pretende a construção de uma atenção à saúde que se intitula diferenciada (CARDOSO, 2015).

Apresento neste artigo relatos de experiências de alguns profissionais buscando reunir situações específicas em que eles apontam suas sensibilidades e dilemas em casos vivenciados no atendimento às populações indígenas. A partir dos conceitos de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014) e competência cultural (Kleinman *et al.* (1978) *apud* LANGDON, 2005, p. 129), busco analisar algumas narrativas dos profissionais sobre reelaborações de suas compreensões sobre os processos de saúde e doença. Ainda, a partir da categoria de intermedialidade, trago alguns apontamentos sobre experiências de indígenas que são profissionais de saúde das EMSI.

Para inspirar o olhar: complexificando experiências de profissionais de saúde

Segundo a antropóloga Cristina Dias da Silva (2014), a prática dos profissionais de saúde em relação aos povos indígenas vem se mostrando ao mesmo tempo contraditória e plena de significados que cambiam contextualmente (DIAS DA SILVA, 2014, p. 206). Os profissionais de saúde devem ser encarados como atores ativos nos contextos de saúde indígena (PEREIRA, 2012). Nos relatos reunidos por PEREIRA (2012), médicos (as) e enfermeiros (as) afirmam que também experienciam dilemas e dificuldades em seu cotidiano de atendimento. Esses mesmos profissionais ora se sentem como opressores, ora sentem que nem existem (PEREIRA, 2012). Na perspectiva de Pereira (2012), estes profissionais, que por vezes são enclausurados em análises que os colocam como “mocinhos” ou “vilões”,

possuem, sim, críticas a respeito da própria biomedicina e sua objetificação da doença.

Os interlocutores de Pereira (2012) se “recusavam a pensar suas atuações apenas como uma forma de operacionalização da reificação da enfermidade” (PEREIRA, 2012, p. 513). As experiências de alteridade vividas pelos profissionais no cotidiano mudaram as maneiras destes profissionais sentirem e atuarem em campo. O fato de terem que lidar com outras noções sobre saúde e doença, afetou (PEREIRA, 2012) esses profissionais e a maneira de se perceberem em suas atuações. Entretanto, suas trajetórias de vida e formações profissionais implicariam em certas limitações para a prática de trabalho em contextos indígenas. Pereira (2012) argumenta, portanto, ser necessário um afastamento (por parte desses profissionais) de concepções biomédicas sobre saúde e doença para então poderem lidar com as situações apresentadas em seus cotidianos.

A partir de uma leitura de Maj-Lis Fölller (2004) e Pereira (2012), se torna terreno fértil o exercício de ultrapassar um debate dicotomizante e maniqueísta a respeito de experiências de profissionais de saúde e sobre as interações entre diferentes medicinas e/ou sistemas médicos. Por mais que o “saber biomédico” (biomedicina) se expresse também no “fazer biomédico” (prática cotidiana dos profissionais), as experiências destes profissionais não podem ser vistas de forma generalizante (DIAS DA SILVA, 2014, p.206). Torna-se interessante perceber uma polifonia (FÓLLER, 2004) em seus relatos e em suas “posições” diante de uma proposta vista como desafiadora de articulação entre medicinas que encontramos na PNASPI.

Para uma análise antropológica sobre a questão a ser contemplada, é importante entender a estrutura e o modelo da atenção à saúde indígena agindo não como algo absoluto, sem resistências, sem crises, sem dramas, sem reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012). Traçando uma analogia com o próprio trabalho de antropólogos em campo, os profissionais de saúde também são afetados pelo contexto empírico que se encontram imersos (MINAYO

e GUERRIERO, 2014; PEREIRA, 2012; TRAD, 2012). Uso aqui o termo reflexividade porque, mesmo vindo de uma discussão de cunho metodológico dentro da Antropologia e da Saúde Coletiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012), pode ser transposto para uma compreensão de experiências de profissionais de saúde, permitindo entender suas relações com o campo empírico como um caminho de mão dupla.

Para Dias da Silva (2014, 2010) muito dos casos vividos durante o seu trabalho de campo, realizado por ocasião da sua tese de doutorado (DIAS DA SILVA, 2010), “revelaram uma pluralidade de ideias e valores na atuação dos profissionais da biomedicina” (DIAS DA SILVA, 2014, p.181). Sepor um lado proponho-me a lançar um olhar antropológico para as experiências cotidianas dos profissionais de saúde, por outro me afasto de uma visão generalista sobre essas experiências. As experiências etnográficas, entrevistas e observações que pude realizar em campo me direcionam a encarar o cotidiano e ações dos profissionais de saúde de forma a percebê-las como dados ricos em pluralidade e complexidade. Essas experiências e situações etnográficas não são homogêneas ou passíveis de serem colocadas em “caixinhas fechadas” de classificação ou modelos.

Segundo, Maj-Lis Fölller (2004), as relações entre a biomedicina e as medicinas indígenas não estão livres de relações de conflito, poder e equívocos entre os diversos sujeitos envolvidos. Nesses encontros entre profissionais de saúde e indígenas são criadas “zonas de contato” entre a biomedicina e as medicinas indígenas. As “zonas de contato” seriam os “encontros coloniais entre povos que estavam separados histórica e geograficamente e passam a se relacionar de forma contínua, numa interação que envolve coação, conflitos intratáveis e desigualdade radical” (FÓLLER, 2004, p.132).

O conceito de intermedialidade (FÓLLER, 2004) é trazido para este artigo como uma categoria analítica e dialoga muito bem com uma compreensão de base antropológica a respeito do tema da saúde indígena e sua dinamicidade.

Compreender os contextos de intermedialidade reitera a perspectiva da saúde e doença entendidas como um processo. Tanto a biomedicina como as medicinas indígenas devem ser entendidas a partir de seus contextos socioculturais (LANGDON, 2004; LANGDON e WIJK, 2010). Nesse sentido, as interações entre biomedicina e medicinas indígenas não são entendidas aqui como algo estático ou restrito, portanto, a certos espaços, profissionais ou sujeitos. Mesmo não perdendo de vista que essas interações estão entrecruzadas por questões de poder, conflito e oposições entre a biomedicina e as medicinas indígenas, elas possuem dinamicidade nas relações que estabelecem.

Além disso, não se trata aqui, como afirma Dias da Silva (2014) de “classificar” os profissionais como “pessoas insensíveis” a outras culturas e consequentemente a outras medicinas e formas de se compreender os processos de saúde e doença. Trata-se de considerar que, em suas próprias formações profissionais, não se faz regra o aprendizado sobre outros “modelos”, outras formas de se entender concepções de morte, vida, saúde, doença. Essa ausência do tema em suas formações pode trazer implicações para a ponta do serviço de atenção à saúde indígena no Brasil.

Ao iniciarem o trabalho em áreas indígenas, via de regra, esses profissionais se deparam com contextos e situações absolutamente novas a eles. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, para além da competência clínica que aprendem nas faculdades, desenvolvam também uma “competência cultural” (Kleinman et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129). O exercício da escuta passa a ser fundamental, no entanto, não é tema apreendido nas formações acadêmicas baseadas em um modelo biomédico de saúde.

É necessário que o profissional ouça o paciente, permitindo que o paciente fale sobre sua experiência, expressando nas suas palavras o que está acontecendo e como ele está percebendo isso. (...) o método antropológico no atendimento clínico implica uma postura de ouvir, aprendendo

com as narrativas dos pacientes. (LANGDON, 2005, p.129).

No entanto, também deve ser pontuado que: por mais que o exercício da escuta ou de uma “competência cultural” seja fundamental para a atuação dos profissionais em contextos indígenas (LANGDON, 2005), como de fato colocá-los em prática no cotidiano desses profissionais? Como um exercício de reflexividade se dá nesse contexto? Onde residiriam os limites e zonas de opacidade na compreensão dos profissionais de saúde a respeito das medicinas indígenas e da biomedicina?

Buscando ir além da apresentação e problematização dos conceitos que atravessam este artigo, a partir do tópico a seguir, reúno narrativas de diferentes interlocutores a respeito de situações de dilemas, vitórias e limites vividos pelos mesmos no contexto de atendimento aos povos indígenas em Pernambuco.

Nivaldo: exercício da “escuta”

A frase-título desse artigo foi dita por Nivaldo, indígena da etnia Pankará e enfermeiro da CASAI-PE³, durante conversa que tivemos em Belo Jardim - PE, ocasião da reunião com os enfermeiros do DSEI-PE. A frase provoca uma reflexão sobre situações em que os profissionais de saúde vivenciaram uma reelaboração de suas compreensões sobre processo saúde-doença. Durante a conversa com Nivaldo, ele contou ter podido participar do IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais (ocorrido no território do povo Kapinawá em 2017 e promovido pela DSEI PE e lideranças indígenas de Pernambuco). A participação no evento fez Nivaldo afirmar para si: “eu vou escutar esse povo” (Nivaldo, Caderno 6, 09/08/2018). Em vários momentos de nossa conversa ele falou em “escuta”. A seguir, trecho de meu diário de campo⁴:

Nivaldo falou demais em ESCUTA. Disse que depois do Encontro em Kapinawá ele falou para si

3 Casa de Apoio à Saúde Indígena de Pernambuco.

mesmo: eu vou escutar esse povo!. (...) Disse que: a pessoa não chega apenas com uma morbidade; ela não é uma morbidade. Falou isso apontando para mais de um dedo da mão, complementando e falando ainda que existem várias coisas, questões que aquela pessoa está vivendo, não apenas a morbidade (Nivaldo, Caderno 6, 09/08/2018).

O relato de Nivaldo durante nossa conversa aponta para uma mudança em sua atitude e reflexão pessoal em relação às pessoas atendidas por ele na CASAI. A frase: “eu vou escutar esse povo!” enfatiza uma decisão pessoal importante do profissional a partir de uma experiência vivida no IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais. Em conversa, entendi que, para Nivaldo, o evento se mostrou como um espaço de diálogo para possibilidades de escuta sobre outros conhecimentos, saberes e medicinas.

O exercício da escuta, que o interlocutor afirma ter incorporado em seu cotidiano, passou a extrapolar uma visão restrita sobre as morbidades de pessoas atendidas, como ele mesmo afirma: “a pessoa não é apenas uma morbidade”. Ela é uma pessoa. Penso que isso é fundamental e extremamente fértil para lidarmos com o processo de saúde e doença. Em um caminho inverso ao de uma objetificação da doença, presente na biomedicina (PEREIRA, 2012), Nivaldo opta pelo exercício da escuta e diálogo e apresenta uma reflexão e atitude diante da realidade em que trabalha e, portanto, convive. Quando perguntei a Nivaldo sobre experiências que haviam sido marcantes para ele, ele respondeu: “Nossa, têm vários, poderíamos passar a semana conversando” (Nivaldo, Caderno 6, dia 09/08/2018).

A pessoa estava na CASAI, procurou Nivaldo e pediu dipirona. Nivaldo perguntou: *Mas o que é que você está sentindo?* A pessoa: *estou com dor de cabeça.* Nivaldo: *você comeu o que hoje?* A pessoa: *comi de manhã, saí bem cedo, passei o dia na rua.*

Nivaldo: *então você vai fazer assim, vai tomar um banho de cabeça, vai me prometer que vai ficar uns 10 minutos com a cabeça debaixo do chuveiro. Depois disso, você vai bater um prato, vai encher a barriga* (Nivaldo falou isso dando tapas sutis em sua própria barriga). *Se depois disso sua dor de cabeça não passar, eu te dou o dipirona.* A pessoa aceitou, seguiu as orientações de Nivaldo e melhorou. Eu perguntei para ele: *e como foi que você se sentiu?* Ele disse: *vitorioso.* Ele se sentiu vitorioso por ter dado certo. Ele também falou rapidamente que existem casos que a dor não passa e então ele dá o remédio para a pessoa (Caderno 6, dia 09/08/2018).

Penso que o exercício da escuta, além de ser próximo do ofício antropológico, torna-se fundamental na experiência de Nivaldo e sua compreensão sobre o processo de saúde e doença ali vivido. Mas escutar o quê? Os outros problemas dos pacientes? Escutar os outros tratamentos que a pessoa está seguindo e/ou acredita? No relato, compreendo que Nivaldo não considerou apenas a informação “dor de cabeça” como suficiente para dar o “dipirona” solicitado pela pessoa. Ele perguntou e se dispôs a escutar o que aquela pessoa tinha vivido naquele dia. A partir disso, prosseguiu com a orientação. A situação se apresenta como um movimento do interlocutor no sentido de compreensão ampla e contextualizada da “dor de cabeça”. Movimento esse que, segundo Nivaldo, foi engatilhado através de sua participação no IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais. Com a resolução positiva da situação, Nivaldo se sentiu “vitorioso”. Por mais hegemônico que se configure o modelo biomédico, a narrativa de Nivaldo aponta que, num processo reflexivo (MINAYO e GUERRIERO, 2014), os profissionais de saúde modificam o campo e são modificados por ele.

Juliana e o caso do bebê com malformação

Outra interlocutora da pesquisa de campo

4 Nas citações de falas dos interlocutores ou trechos de diário de campo foram colocadas em “*itálico*” as falas de terceiros que foram reproduzidas pelos interlocutores durante as entrevistas.

foi Juliana. Ela não era indígena e há época atuava como psicóloga em uma das EMSI que prestava atendimento a etnia Pankararu. A certa altura de nossa entrevista, perguntei a Juliana se ela percebia em seu dia a dia que as pessoas utilizavam tanto os remédios “tradicionais” como os remédios ditos “da farmácia”. Ela me ofereceu uma resposta longa e detalhada sobre uma situação vivenciada por ela e a EMSI:

Juliana: (...) você acredita que tem várias situações que eles dizem: *não dá pra tomar medicação agora, que a gente já tá fazendo um tratamento tradicional.* (...) *a gente faz aquela orientação: mas pode conciliar os dois e tal...* mas a gente tem certeza que a pessoa não vai começar... (risos) (...) A gente faz o que é devido, mas a gente sabe que não vai ser feito, pelo menos naqueles três dias, geralmente três, quatro dias, aí alguns chegam dizem: *não, termina no sábado.* A gente já sabe que a medicação só vai começar no domingo ou na segunda (risos). Isso acontece demais aqui (...). Não aceitar ser socorrido porque está no tratamento tradicional, não aceitar mesmo: *não vou de jeito nenhum, não tem quem faça eu ir.* E vai enfermeiro e muitas vezes a gente é chamado para casos que não é nosso, vamo dizer, não faz parte de pessoas que tem transtorno mental e a gente é chamado por uma questão de conversar de tentar explicar por outro meio de outra forma, porque a enfermeira já tentou, a técnica já tentou. (...) Chama a psicóloga, a psiquiatra pra conversar com essa pessoa vê se consegue, algumas vezes a gente consegue, com crianças já consegui, vários casos, mas não é fácil não. (...) E eu vou, sento converso, e eu gosto também de ir nesses casos. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana afirma existirem casos em que as pessoas utilizam as diferentes medicinas, mas não simultaneamente. Juliana percebe isso em seu cotidiano e relata que as pessoas esperam acabar um tratamento para poder iniciar outro. Ela, enquanto integrante da EMSI e psicóloga, se coloca e é colocada por outros nesse lugar de dialogar com os pacientes para que utilizem determinada medicação indicada pela EMSI.

A meu ver, aqui residiria uma situação de zona de contato e intermedicalidade (FÓLLER, 2004). Como pano de fundo, uma negociação entre medicinas indígenas e biomedicina e, visivelmente, um exercício de Juliana e equipe em articular os diferentes tratamentos, dialogar com a pessoa atendida, entender e saber como ela deseja prosseguir.

Continuando a entrevista, perguntei a Juliana como foi ter que lidar com esse tipo de situação. Ela comentou sobre o limite dessas situações e relatou o caso de um bebê com malformação. O limite para Juliana não estaria numa falta de compreensão dela sobre a situação vivida, mas sim um limite em sua atuação como profissional, um limite de até onde a pessoa atendida aceita o tratamento ou instrução dada pela EMSI. Na narrativa, Juliana parece reconhecer um limite em seu lugar como profissional e também na efetivação de uma articulação entre medicinas.

Juliana: eu converso, eu falo quando oriento, mas eu acho que existe direito de você continuar seu tratamento... entende? (...) E se não tiver passando mal e dizer que: *eu não vou pro hospital, eu não vou.* Quantas e quantas pessoas sabem que não tão bem e não falam pra ninguém porque não vai pro hospital. É quase que um direito né, então é um limite... (...) Teve um caso que (...) foi bem difícil esse caso, que ela tava com um bebê muitas malformações, muitas mesmo e os médicos eles não tem preparação para conversar com a pessoa, alguns né? Aí o médico acha de dizer a ela, na cara dela, na ultrassom que ela foi pra fazer, pra provavelmente saber o sexo do bebê (...) que: *o bebê dela só o milagre e são tantas más formações.* O quê que acontece? Ela vai no rezador e o rezador diz que o bebê não tem nada, que tá tudo bem. Aí entra a psicologia, veja: diante do meu desejo do meu filho estar bem, eu fico com a opinião de quem? Fora que eu sou crente naquele meu sistema tradicional de cura, uma coisa se junta a outra e fica extremamente forte, só que, aí veja a complexidade disso. Pro médico, enfermeiro sabe que provavelmente ela ia sofrer um aborto porque o bebê não ia se desenvolver... e aquele aborto podia matar ela, (...) sem uma assistência né? (...) uma assistência adequada. E aí: *chama Juliana.* Nesse dia

eu fui só. Vamo tentar convencer ela a ir pro hospital porque Ivete já tinha trabalhado na ultrassom e disse: *esse bebê aqui não tem condições não, é nascer e chegar nos nove meses. Nasce e morre.* Aí eu sei que a gente foi lá (...) porque o rezadeiro disse que não tinha nada então ela nem pré-natal queria fazer mais, tava tudo bem, aí vamo lá, conversa, e ela muito nervosa, se percebia que tava num conflito mental na cabeça dela... em quem ela acredita e qual nosso papel? Não tinha que você ficar ali: *tem que ir, tem que ir*, nem psicologicamente isso faz sentido.... e aí eu expliquei tudinho que: *acreditava na questão da medicina tradicional, achava que era muito importante, mas que também não impedia dela ir ser referenciada no IMIP pra fazer só uma avaliação.* Ela: *não vou, não, não vou.* Depois a mãe chegou arretada. (...) e aí quando eu vi o tanto de resistência, eu disse assim: *veja, quando a gente procura um médico que a gente não acredita nele, a gente não procura um outro?, eu não tô dizendo que você não acredita no outro, o benzedeiro, mas porque você não procura um outro rezador da aldeia pra você escutar segunda opinião e você ficar cada vez mais tranquila e também tranquilizar a gente, mas que seria muito importante.* Aí ela ficou assim e não disse nada. Eu disse: *a gente não vai forçar você a ir pra lugar nenhum porque isso é um direito seu, mas eu quero que você saiba que a gente tá a disposição, não é porque você disse que não ia, que a gente nunca mais vai se interessar por você.* Isso é importante, porque eles acham isso: *ah, eu não fui, não fui naquele momento, agora elas não vai querer que eu vá.* (...) Eu percebi isso, venho percebendo isso: *mas isso não quer dizer que se amanhã de manhã você chegar e dizer: eu quero ir, chama a gente que a gente vem e lhe levo.* Eu senti que ela ficou mais tranquila, sabe, quando a gente disse isso, porque fica aquela coisa de sair com raiva da gente e não tem nada a ver né? (...) Aí eu sei que.... ela: *não sei, não sei. Toda resistente.* Eu disse: *bora simhora, o que a gente tinha a fazer já foi feito.* Ela foi de fato pra outro rezador seguiu o conselho e o rezador que ela foi disse: *vá agora imediatamente ao hospital.* E ela já veio abortando, foi simhora pra Recife porque aqui não fazia. (...) E aí depois ela veio falou com a gente bem. Até hoje ela fala com a gente bem simpática e tal. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana falou ainda sobre uma sensibilidade necessária para lidar com situações como essa do bebê:

Juliana: são essas coisas que a gente se depara, mas se você não tivesse sensibilidade pra isso... não rola não. E eu vou ser sincera assim, que o fato de gostar da saúde indígena da questão indígena muito antes de entrar, eu penso, que pra mim faz toda a diferença, é diferente de alguém entrar na saúde indígena com outras intenções, que é um emprego federal... e, mas eu acho que você...isso também não impede, claro, de outra pessoa entrar com outros objetivos e ter sensibilidade né? Lógico, vai de pessoa pra pessoa. Mas tem pessoas que não se adaptam, eu acho, tanto que não fica. Eu acho que é importante você ter essa visão antropológica que muita gente também não se interessa, entra faz seu trabalho ali como só existe aquilo e não dá importância pra questão antropológica, cultural, de tempo, de memória, de tanta coisa.... não tem (...) esse objetivo. Você vim reproduzir uma medicina ocidental e só? eu acho isso prejudicial. (...) Eu saí depois conversando até com a gente de saúde daqui. Isso é muito mais importante que a gente acolha, dizendo que a gente está aqui pra decisão que ela quiser, porque ela vai se sentir segura quando for o momento dela do que a gente sair dizendo: *que fez o nosso papel que agora não tem mais nada por fazer.* A gente sabe que tem esse discurso. E é claro também que a gente usou da questão: *olha, você tem o direito de seguir a decisão que você quiser, mas de fato você vai ter que assinar um termo de responsabilidade.* Porque é um jogo de mão dupla sabe, porque, se essa mulher morre, cadê a assistência? Cadê a enfermeira? Cadê a equipe de saúde mental, Cadê... Cadê todo mundo? (...)Mas o discurso que é importante: *não a gente tá aqui pra lhe ajudar no que você quiser, não se preocupe. Se você disser não vai, não vai! Mas a gente continua aqui, na hora que você quiser, na hora que você precisar e tal...* Isso deixou ela muito mais aliviada pra pensar com tranquilidade do que pensar pressionada. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Ainda relatando o caso do bebê com malformação, os limites e negociações entre

EMSI e a gestante, Juliana aponta ser necessária uma sensibilidade para lidar com esses contextos. Compreendo que uma competência cultural (Kleinman et al. (1978) apud LANGDON) é acionada por Juliana através de sua sensibilidade a situação. Ao mesmo tempo em que existe o limite como profissional de respeitar a decisão da paciente, Juliana afirma acionar essa sensibilidade para saber como a questão deve ser conduzida. A gestante já havia sido consultada por um médico (o que afirmou que o seu bebê “só milagre”), pelo rezador e depois estava sendo orientada pela EMSI a ir ao hospital novamente. O limite que o lugar de profissional impõe a Juliana anda de mãos dadas com a sensibilidade que ela diz acionar nessas situações. Compreendo que o fato de Juliana conduzir a situação com o que denomina de sensibilidade, a fim de conseguir êxito da resolução do caso, se torna possível na medida em que ela se distancia (PEREIRA, 2012) de concepções estritamente biomédicas sobre o processo saúde e doença.

Talvez, se a EMSI fosse seguir a rigor um protocolo de condução do caso, a gestante seria levada imediatamente para o hospital. Mas não era essa ação que Juliana considerava que deveria ser realizada. Uma compreensão sobre o contexto daquela gestante, o itinerário que ela já havia percorrido, suas frustrações, tudo isso parece ter sido considerado por Juliana e EMSI. Sua narrativa evidencia uma abordagem contextual e específica através do diálogo e também de um exercício em entender os limites do seu lugar como profissional de saúde.

Para Juliana, sua sensibilidade não está atrelada a sua formação como psicóloga, baseada no saber biomédico. A sensibilidade estaria atrelada, como ela afirmou durante a entrevista, ao seu “gosto” e interesse antigo e pessoal pelo tema da saúde dos povos indígenas. Para ela não é suficiente, como profissional, simplesmente vir e “reproduzir a medicina ocidental”, pois isso seria “prejudicial”.

Juliana também destaca a importância do acolhimento da gestante para se sentir segura com a condução da EMSI. Ao mesmo tempo, outra questão está em jogo: Juliana e EMSI

precisam se respaldar acerca da decisão da gestante. Esse seria um “jogo de mão dupla” nas palavras de Juliana. É um jogo, a meu ver, entre essa sensibilidade que ela tem que acionar para lidar com a situação e as cobranças institucionais. “Quem” cobra o resultado no final do mês? São as instituições e modelos de atenção a saúde permeados pela lógica de um modelo biomédico. Não será um rezador pertencente àquele povo indígena que cobrará alguma meta ou planilha de Juliana ao final do mês.

Perguntei a Juliana se haveria outra experiência marcante que ela gostaria de compartilhar e ela relatou:

Juliana: essa que eu contei foi muito marcante pra mim assim, porque...da bebê...porque é complicado você tá ali querendo fazer a pessoa ir pro hospital, mas ao mesmo tempo querendo respeitar a decisão dela. Né fácil não...(...) É bem complexo, assim, e você fica naquela de: *o que fazer, né?* E assim, a forma que eu achei na hora, na hora viu? não tem essa coisinha de se preparar não, quem sabe faz ao vivo (risos) (...) Na hora é que você tem que ficar vendo a reação da pessoa, vendo as possibilidades que ela dá, se ela dá alguma brecha, se aquela emoção não é um conflito. (...) Não é fácil não, porque não tem essa historinha de receita de bolo e você chegar lá e agora você...nada disso. Ou você é sensível a tudo aquilo que ela está ali demonstrando ou então nada feito. E é por isso que muitas vezes é que chama a psicóloga, porque já foi tentado e muitas vezes é tentado de uma forma não adequada, não é nem por nada, porque obviamente as pessoas não tem o curso de psicologia né? A gente não pode exigir, isso é fato né? (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana também se referiu ainda a “conflitos” vivenciados por ela como profissional ao lidar com situações que são vistas pela população como “espirituais”, mas que em sua visão como psicóloga, a medicação (do saber biomédico) ajudaria aquele paciente:

Juliana: é como eu falei mesmo, a gente vê esses conflitos na resistência né? (...) Na resistência à

adesão ao tratamento da medicina ocidental... (...) de ir pro atendimento no consultório, a gente tem vários casos. (...) Muitos casos de pessoas, às vezes até, assim, que tem o conhecimento bom, que, não tô negando que exista influência espiritual, não tô. Eu acredito mesmo, mas eu também acredito que pode haver as duas coisas. (...) Sendo que pra gente, minha filha, botar na cabeça que pode ter as duas medicinas às vezes não funciona porque na cabeça das pessoas é só espiritual. Então, esse é um dos conflitos que a gente vivencia, e como eu disse, tem vezes que é só espiritual mesmo, mas tem vezes que a gente percebe que uma medicação ajudaria... bastante... e às vezes, por exemplo, tem casos que a pessoa resistiu, resistiu, resistiu... quando viu que realmente precisava da medicação aí chega até a gente, acontece muito. (Entrevista 8, Juliana, 17/07/2018).

As falas de Juliana são longas, no entanto, compõem o seu entendimento e maneira escolhida para lidar com processos de saúde e doença, mas especificamente, com os diálogos e negociações com a paciente e seu bebê com malformações. Nas palavras de Juliana, também não existe uma “receita de bolo”, é tudo na hora. A sensibilidade a esse tipo de situação é acionada por Juliana mediante sua afeição pela temática, pelas pessoas. Essa sensibilidade que, a meu ver, em alguma medida lhe afasta do saber biomédico, lhe abre brechas diante das limitações de sua posição como profissional de saúde, aproximando-lhe, como pessoa, da situação, da gestante e da comunidade.

Ser indígena e profissional de saúde

Além de Nivaldo, outros profissionais de saúde interlocutores da pesquisa também se identificaram como indígenas. Não foi objetivo específico da pesquisa desenvolvida para minha dissertação de mestrado analisar as experiências dos profissionais indígenas, no entanto, a partir do trabalho de campo, considero oportuno destacar neste artigo algumas questões que essa intersecção (profissional de saúde e indígena) permitiu para a reflexão sobre a categoria

de intermedicalidade, sobre o cotidiano dos profissionais e suas experiências sobre o processo de saúde e doença.

Através de entrevistas e conversas informais com os profissionais, percebi que alguns deles associam a identidade indígena como determinante para as orientações e relações de confiança que estabelecem com a população indígena atendida. Kaio, enfermeiro e indígena Pankararu, fez referência a importância do fato de ser indígena no momento de diálogo com as pessoas atendidas e decisão sobre como prosseguir com os tratamentos. Esse lugar ocupado pelos profissionais indígenas, a meu ver, talvez possa ser visto como um elo de confiança e legitimação, por parte dos indígenas atendidos, ao sistema público de saúde ofertado a eles. Nas palavras de Kaio, ser indígena e profissional de saúde:

É uma responsabilidade enorme, porque é você ter uma responsabilidade maior, porque você tem que fazer aquilo acontecer, entendeu? Não tem aquela coisa de você dizer: *não, eu não estou entendendo ou eu não quero ou não aceito*, (...) porque tanto a instituição quanto a população deposita uma confiança em você. E espera de você uma atitude diferente de outros, que já passaram, que não eram indígenas, enfim...entendeu...? É muita responsabilidade, é você ter esse olhar de indígena, de conviver mesmo, de entender, de saber como as pessoas esperam e até onde você poder ir. (...) Agora mesmo, semana passada, estávamos em Recife como eu te disse, na luta pela terra entendeu? Então... é você tá também atuando em outros setores, inclusive como liderança, representando a saúde, é tá na luta da terra né...porque eu não posso me fechar só: *sou polo base, sou saúde e não tenho nada haver com isso*, tá tudo ligado, e como tá tudo ligado você acaba extrapolando essa questão de referência, você acaba se tornando mesmo uma referência para tudo e para todos, então é uma responsabilidade muito grande, mas graças a deus tá dando certo aí, esses 4 anos que..., a deus e aos encantados né. Eu sempre digo que quando eu recebi a ligação dos meninos me chamando para vim, eu disse: *é uma convocação*. (Entrevista 5, Polo

Pankararu, dia 27/06/2018)

Para Kaio, o fato de ser um indígena profissional de saúde implica em maior responsabilidade na sua atuação e, tanto a instituição, como a população atendida, depositam uma confiança nele. Dessa forma, compreendo que as responsabilidades profissionais e indígenas estão interligadas por uma relação de confiança com a população e uma expectativa da instituição. Não haveria espaço para Kaio dizer que “não entendeu”. Segundo Kaio, não existiria uma separação entre ele ser um representante da saúde e ao mesmo tempo ser uma liderança e estar na luta pela terra, está “tudo ligado”. Nesse ponto, há um entendimento sistêmico de Kaio sobre o contexto indígena em que se situa e atua como profissional de saúde.

Outra interlocutora, Francisca (indígena da etnia Pipipan, técnica de enfermagem e AIS), também se referiu a sua relação de confiança com a comunidade. Quando a perguntei sobre uma experiência profissional marcante, ela contou:

Na minha rotina tem muitas... o que mais me marcou foi quando eu cheguei numa casa que uma pessoa (...) doente e ela disse pra mim: *eu não vou pra o hospital, vou fazer minha medicação caseira e quero seu apoio. tudo que você pedir pra mim fazer eu aceito fazer. Só não quero ir para o hospital. Agora daqui, se você mandar eu beber veneno, eu bebo.* Eu entendi dessa pessoa que ele dedicou uma confiança em mim, que só não aceitava nada que viesse do branco. E ele tinha uma confiança em mim, quando ele disse: *se você me der veneno, sendo da nossa medicina eu considero como remédio.* A confiança que ele tinha em mim, e dentro da minha comunidade me marcou também a confiança que meus idosos depositaram em mim, era quando eles diziam pra mim assim: *eu só tomo esse remédio se você disser que eu posso tomar*, muitas vezes o médico passava a medicação pra eles e eles não tomavam. Se eu passasse um mês sem ir na casa, era um mês sem tomar o remédio. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

Perguntei ainda a Francisca se ela achava que essa confiança depositada nela teria alguma

ligação com o fato dela ser indígena. Ela afirmou ficar em dúvida sobre a questão e afirmou: “essa confiança que eles pegaram em mim, foi pela minha pessoa, (...) o meu jeito de ser no meu trabalho, em ser aquela pessoa atenciosa a eles, aquela pessoa de respeitar eles, aquela pessoa que nunca mentir pra eles.” (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018). Mais a diante ela conta que pelo fato de ser indígena não haveria diferenças entre ela e a população atendida. O fato de ser indígena lhe atribuiria um conhecimento sobre os costumes da população:

Aqui a gente é... a comunidade é indígena e o profissional é índio também, indígena também... aí não tem uma diferença de um pro outro até porque eu sou índia e minha comunidade é índia. Então eu já sei os costumes deles, como eu sei o meu que é o mesmo deles, então eu não tenho uma diferença, um problema pra enfrentar com eles sobre essa questão indígena, meus conhecimentos indígenas. Agora pra você que vem de fora, você vai ter essa dificuldade, porque você vai ter que ter conhecimento indígena para poder você trabalhar com eles. Se você não trazer esse conhecimento, essa experiência é difícil. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

Através dessa relação de confiança, Francisca contou ainda que é consultada pelas pessoas atendidas quando estas ficam em dúvida sobre tomar a “medicação” ou “remédio caseiro”:

E eles ficam com aquela dúvida de não tomar a medicação, aí eles vêm a mim: *eu tou fazendo tal remédio pra mim tomar pra tal problema, eu posso tomar os dois?* Aí tem pessoas que me faz essa pergunta e se eu disser: *tome, não tem problema de você tomar o remédio de pressão*, eles tomam, se eu disser: *não tome*, eles não tomam e tem outros que não tomam de jeito nenhum. Só tomam um e depois passa para o outro. Eles pode até fazer dois tratamentos. Eles faz o indígena e depois vai pro branco, mas não misturam um com o outro não. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

A relação de confiança entre Francisca e a

população atendida possui conexões com o fato dela também ser indígena e, portanto “não ter uma diferença de um pro outro”. A frase: “se você mandar eu tomar veneno, eu tomo” é significativa de uma relação de extrema confiança no trabalho e condução de Francisca na situação narrada.

Enquanto indígenas e profissionais de saúde, compreendo que Francisca e Kaio, num contexto de intermedicalidade, tornam-se protagonistas de uma articulação diária entre as medicinas indígenas e a biomedicina. A partir dessas narrativas, compreendo que a intermedicalidade pode estar no próprio lugar e vivência desses profissionais de saúde que são indígenas. Tanto em suas relações institucionais como em suas relações com as próprias comunidades. Através da confiança, eles transitam entre os limites e compreensões das medicinas indígenas e da biomedicina. Ser indígena lhes confere uma determinada leitura sobre os processos de saúde da população atendida. Por mais que em relatos como o de Kaio apresentem dilemas e hesitações nessa intersecção entre ser indígena e profissional, é o que lhes garante pessoal, institucional e comunitariamente a compreensão do que deve ser feito.

Kaio: entre a “visão científica” e o “lado indígena”

Kaio relatou um caso de atendimento que havia sido marcante para ele e ocorrido dias antes de realizarmos a entrevista.

Kaio: essa indígena que eu visitei esse final de semana (...) estava com o ferimento no pé. (...) eu tive lá na residência dela e disse: *olha...precisa ir no hospital onde tem mais suporte, para desbridar esse tecido que estava morto aqui e fazer a limpeza.* E aí ela no primeiro momento concordou (...) í na sequência ela disse: *não posso ir.* Eu disse: *oxe, porque você não pode ir? É final de semana, o posto tá fechado, a gente só vai abrir na segunda, então...* Ela disse: *eu não posso ir porque mandei rezar nele... e aí tem que completar os três dias.* E aí eu tive que compreender que ela tava no processo de cura e tratamento ali... que ela tava respeitando aquilo.

Então eu tinha que respeitar também, mesmo minha visão científica dizendo que ela poderia piorar e ter um processo de infecção. Enfim, veio um monte de coisa na minha cabeça na hora. Mas aí eu parei e disse: *não.* Meu lado indígena também pensou e eu disse: *tá certo, quando terminar o tratamento de reza, a senhora fala para fazer a limpeza do ferimento no hospital.* (Entrevista 5, Kaio, dia 27/06/2018).

Neste relato de Kaio, destaco alguns pontos: ele se refere ao fato de “ter que compreender” o processo de cura da senhora; ter que respeitar esse processo; e ainda se refere ao fato de parar e pensar entre seu “lado indígena” e sua “visão científica”. Durante a entrevista Kaio não apontou essa situação como um divisor de águas em sua conduta como enfermeiro, ou como um momento que interferiu nos atendimentos que se seguiram. No entanto, a própria situação vivida por Kaio e a forma como ele agiu e contou ter refletido acrescentam elementos para a discussão que proponho aqui.

Na narrativa de Juliana destacou-se a negociação que ela realizou junto com a equipe, com a paciente e sua família. Já nesta narrativa de Kaio, destaco o diálogo que ele “travou” consigo mesmo, com o lugar de profissional de saúde e indígena, ao mesmo tempo. Ele não se referiu a essa situação como “dilema”, “desafio”. No entanto, pela maneira como ele relatou a situação durante a entrevista, compreendo que houve uma hesitação no momento entre seguir com o modo de agir do saber biomédico ou respeitar a decisão da senhora em não ir ao hospital devido ao tratamento com reza que ela estava submetida. De modo a articular a biomedicina e medicina indígena, Kaio equacionou a situação aconselhando a senhora a, quando terminasse o tratamento da “reza”, ir ao hospital “fazer a limpeza do ferimento”.

Compreendo que nas experiências dos profissionais aqui analisadas, talvez em especial aqueles que são indígenas, os diálogos e negociações ocorrem para além de relações entre: profissionais indígenas X não indígenas; profissionais X protocolos; profissionais X instituições; profissionais X pessoas atendidas.

Os diálogos e negociações se dão também a um nível pessoal que os fazem reconfigurar, para além das concepções biomédicas, a condução dos processos de saúde e doença.

A meu ver, os interlocutores em suas narrativas enquanto indígenas e profissionais de saúde se mostram como agentes ativos dentro de um contexto de intermedicalidade. Eles se tornam ativos numa situação de negociação entre a “visão científica” e o “lado indígena”.

Considerações finais

Ao longo deste artigo, tive como objetivo compreender como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. Para isso, foram reunidas narrativas de diferentes profissionais de saúde que atuam no atendimento a povos indígenas em Pernambuco que, por sua vez, tornaram-se interlocutores da pesquisa que desenvolvi para elaboração de dissertação de mestrado. As narrativas trazidas neste artigo foram de interlocutores com diferentes formações: uma psicóloga, dois enfermeiros e uma técnica de enfermagem e agente indígena de saúde.

A partir das narrativas e dos dados aqui reunidos, reitero que as experiências dos profissionais de saúde não podem ser vistas de forma generalizante ou homogeneizadora. Através do trabalho de campo e das entrevistas em profundidade apresentadas, considero que uma compreensão dicotomizante sobre as relações entre profissionais de saúde X povos indígenas e entre as medicinas indígenas X a biomedicina, de fato, não supre a complexidade e profundidade que um debate antropológico permite à questão. Nesse sentido, a categoria de intermedicalidade proposta por Fóller (2004) foi de fundamental importância, desde a construção de nosso referencial teórico, como também para a análise atenta às narrativas dos profissionais.

A categoria de intermedicalidade possibilitou um entendimento sobre os contextos de trabalho dos profissionais de saúde de forma a perceber como são construídos e perpassados por

diferentes sujeitos e medicinas, assim como as negociações e reflexões sobre o processo saúde e doença se fazem presentes no cotidiano dos profissionais. As “zonas de contato” referidas por Fóller (2004) entre a biomedicina e as medicinas indígenas puderam ser percebidas nas experiências particulares dos profissionais de saúde interlocutores desta pesquisa, principalmente nas experiências dos profissionais de saúde que são indígenas.

Os relatos aqui reunidos elucidam justamente uma dinamicidade das relações entre diferentes medicinas e sujeitos no campo na saúde indígena o que possibilitou percebermos, assim como apontou Pereira (2012) que ocorrem rebatimentos a um nível mais pessoal e subjetivo das experiências dos profissionais de saúde. Concordo com Pereira (2012) e Fóller (2004) e afirmo que essas situações relatadas pelos profissionais os afetam e provocam reafirmações, mudanças, hesitações sobre as suas formas de pensar e agir na saúde indígena. Mesmo não passando por um processo formativo específico, esses profissionais relatam experiências em que se sensibilizaram, se sentiram, por exemplo, vitoriosos. Nesse sentido, o aprendizado sobre a saúde dos povos indígenas parece se dar de fato no cotidiano, e é neste cotidiano que estes profissionais se deparam com situações de limites, como nos fala Pereira (2012), encontros e diálogos entre suas compreensões sobre o processo de saúde e doença e também sobre as próprias relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Para entender os limites e para agir com sensibilidade, parece que os profissionais se afastaram, em alguma medida, das concepções da biomedicina, afastaram-se de uma mera objetificação da doença, por exemplo. Em um movimento que chamei aqui de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012) e dialogando com o fazer antropológico (DAMATTA, 1978), percebo que os profissionais ao mesmo tempo em que interferem no campo em que atuam, eles também são modificados e questionados por esse campo. Nesse sentido, mais uma vez, uma compreensão polarizada

entre profissionais de saúde e indígenas não daria conta do debate.

No grupo de profissionais que se tornaram interlocutores desta pesquisa, especialmente os que se identificaram como indígenas, a relação de confiança com a população foi apontada como uma questão importante no cotidiano de trabalho. Ser profissional de saúde e indígena se tornou um elemento crucial na experiência de alguns interlocutores para a articulação e diálogo entre as diferentes medicinas. A partir do momento em que esses profissionais indígenas estão num lugar de mediação e articulação entre as medicinas, entendo que eles são atores ativos nesse contexto de intermedialidade. A confiança depositada neles, pela população, contribui para que eles respeitem as escolhas de tratamento das pessoas e também sigam com orientações provenientes do modelo biomédico. Através da relação de confiança, esses profissionais transitarão nas fronteiras, limites e zonas de contato entre as medicinas indígenas e a biomedicina, mas não sem hesitações e dilemas. Eles não estariam, portanto blindados, mas, a meu ver, adquiriram com a experiência uma competência cultural (extrapolando uma competência meramente clínica) corroborando com uma articulação entre as medicinas no trabalho cotidiano.

É possível afirmar, para trabalhos futuros que, um olhar mais específico sobre os indígenas que são profissionais de saúde pode contribuir para este campo de investigação na Antropologia. Sobre isso, faço coro às observações de Föllner (2004) e Pereira (2012) quando afirmam que a partir dos contextos de intermedialidade, das afetações dos profissionais de saúde e também da presença de indígenas nos cargos e funções nos postos e nos polos, a própria biomedicina e o modelo médico hegemônico podem ser incitados a transformações. Por fim, reitero que as experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas merecem ser analisadas em sua complexidade, trazendo contribuições mais aprofundadas para o campo da Antropologia no que se refere às interações que sujeitos e medicinas estabelecem historicamente, politicamente e cotidianamente.

Referências bibliográficas

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BUCHILLET, Dominique. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 1991.

CARDOSO, Marina D. “Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política”. In: LANGDON, Jean Langdon; CARDOSO, Marina D. (Org.) *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. cap. 3, p. 83-106.

DIAS DA SILVA, Cristina. *Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Brasil. 2010. 276f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2010.

_____. “De Improvisos a cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem”. In: TEIXEIRA, Carla. E GARNELO, Luiza. *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

DIEHL, Eliana. e RECH, Norberto. “Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia”. In: LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. cap.8, p.149-169.

FERREIRA, Luciane Ouriques; OSÓRIO,

Patrícia Silva (Org.) *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FISCHBORN, Aline F. e CADONÁ, Marco A., “Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.27, n.1, p.227-237, 2018.

FÓLLER, Maj-Lis. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

LANGDON, Esther Jean. “A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica”. In: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (Org.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem Editora; 2005. cap. 04. p. 115-146.

_____. *Saúde e Povos Indígenas: os desafios da virada do século*. Santa Catarina, 2001. Disponível em: < <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm> >. Acesso em: 2 out. 2017.

_____. “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de Saúde”. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 33-52.

LANGDON, Esther Jean.; CARDOSO, Marina D. (Org.) *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões*

sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. “Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.459-466, Junho 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2016.

MINAYO, Maria Cecília Souza de; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. “Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa”. *Ciência e Saúde Coletiva*. 19(4) 2014, p. 1103-1112.

PEREIRA, Isabel Brasil. “A Educação dos Trabalhadores da Saúde sob a Êgide da Produtividade”. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.393-420.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. “Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas”. *Rev. Mana*. Rio de Janeiro. v. 3. n.18. p.511-538. 2012.

TRAD, Leny Alves Bonfim. “Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*. 17 (3), 2012, p.627-633.

Entre a formação e a prática: o caso dos vigilantes patrimoniais na saúde

Rachel Aisengart Menezes¹

Priscila Cassemiro²

Resumo

As instituições de saúde contam com o trabalho de vigilantes patrimoniais. No contexto destas instituições atuam para além das atividades normatizadas na legislação da categoria. A formação desses profissionais, no entanto, não abrange as especificidades e os desafios enfrentados em sua rotina laboral. Este artigo aborda os nexos entre a formação técnica e o trabalho desses profissionais, com base em pesquisa sobre as leis e normas que regem seu trabalho, e em entrevistas com onze vigilantes patrimoniais que atuam em cinco instituições públicas de saúde do município do Rio de Janeiro. A investigação contou também com análise de notícias veiculadas na internet. Os entrevistados foram selecionados por meio de indicações, o que permitiu ampla apreensão da realidade de seu trabalho em unidades de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade. A formação oficial do vigilante patrimonial abrange um curso de formação e cursos obrigatórios de reciclagem a cada dois anos. A pesquisa documental evidenciou que esses cursos oferecem escassa informação sobre a atuação na área da saúde. Em geral, o aprendizado ocorre de maneira informal, a partir da observação do desempenho de colegas, das orientações do supervisor e de profissionais da saúde. A investigação demonstrou que os vigilantes inseridos em unidades de saúde efetuam um número expressivo de tarefas não normatizadas para sua profissão, como triagem informal, transporte de pacientes e contenção de pacientes e familiares, para as quais não receberam informações ou orientação.

Palavras-chave: *trabalho; profissional de segurança; vigilante patrimonial; instituição de saúde.*

Between training and practice: the case of security personnel in health institutions

Abstract

Health institutions rely on the work of security personnel. In the context of these institutions they act in addition to the activities regulated in the legislation of the category. The training of these professionals, however, does not cover the specificities and challenges faced in their work routine. This article discusses the links between technical training and the work of these professionals, based on research on the laws and norms that rule their work, and interviews with eleven security workers of five public health institutions in Rio de Janeiro. The investigation also relied on analysis of Internet news. The interviewees were selected through nominations, which allowed a wide apprehension of the reality of their work in health units in its different levels of complexity. The official training of the security personnel covers a training course and compulsory updating courses every two years.

1 Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2 Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

The research has shown these courses offer little information about health work. In general, learning occurs informally, based on observation of peer performance, supervisor and health professional orientation. Research has shown caretakers in health care facilities perform a significant number of non-standardized tasks for their profession, such as informal screening, patient transportation, and patient and family restraint for which they have not received information or guidance.

Keywords: *work; security; patrimonial vigilante; health institution.*

Introdução

As instituições de saúde contam com o trabalho de diferentes profissionais de muitas áreas, alguns considerados integrantes da equipe de saúde, e outros não. Dentre esses profissionais não categorizados tradicionalmente como integrantes da equipe de saúde encontram-se os vigilantes patrimoniais, atores presentes em todas as instituições de saúde, que por vezes passam despercebidos. Para além do esperado de um “vigilante patrimonial”, cujo trabalho seria garantir a incolumidade física das pessoas e a integridade do patrimônio, os vigilantes em unidades de saúde atuam de forma ampla, para além das atividades normatizadas e definidas na legislação que rege a categoria. Em algumas instituições, por exemplo, eles são responsáveis por uma triagem informal de quem busca atendimento de emergência; por auxiliar no transporte de enfermos (maca ou cadeira de rodas) ou, ainda, por recepcionar os pacientes e fornecer informações sobre locais de consulta. Contudo, a formação técnica desses profissionais é realizada por intermédio de um curso obrigatório de dois anos, que pode ser estendida com a frequência a outros cursos, que não abordam as especificidades e os desafios enfrentados em unidades de saúde.

Este artigo baseia-se em uma pesquisa que objetivou apreender narrativas de vigilantes patrimoniais acerca de seu trabalho em unidades

de saúde. A seguir são apresentados dados da investigação, a metodologia empregada e, na sequência, a partir das falas dos entrevistados, uma apresentação dos nexos entre a formação e o trabalho desses profissionais.

A investigação

A pesquisa, desenvolvida a partir de perspectiva teórico-metodológica das Ciências Sociais voltadas ao campo da saúde, contou com metodologia qualitativa e análise de dois tipos de material. O primeiro pode ser subdividido em dois: notícias veiculadas na internet sobre o tema do trabalho de vigilantes patrimoniais em unidades de saúde e consulta às normas e leis que regem o trabalho desta categoria profissional. O segundo tipo de material consiste no conjunto de entrevistas gravadas, a partir de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com onze vigilantes patrimoniais que atuam em cinco instituições de saúde, desde clínicas de saúde da família a hospitais de atenção terciária. Este formato permitiu ampla apreensão da realidade do trabalho de vigilantes em unidades de saúde, assim como dos desafios por eles enfrentados, nos distintos níveis de complexidade.

A análise documental teve como material a legislação que embasa as atividades dos vigilantes e buscas em bases de dados. O levantamento em bases de dados foi realizado nas bases BVS, Capes e Scielo. Em levantamento bibliográfico inicial sobre o tema não foram encontrados artigos dedicados ao trabalho realizado por vigilantes em unidades de saúde. Entretanto, apesar de os estudos não terem como objeto central o trabalho desses profissionais, há menção às diversas tarefas que realizam em unidades de saúde. Na internet também foi possível acesso a notícias que expõem a realidade cotidiana laboral dos vigilantes, bem como o posicionamento da categoria profissional, no que concerne às condições de trabalho no Brasil.

Normas e leis que regem a formação e o trabalho do vigilante patrimonial

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, na Classificação Brasileira de Ocupações (2002), os “vigilantes e guardas de segurança”:

Vigiam dependências e áreas públicas e privadas com a finalidade de prevenir, controlar e combater delitos como porte ilícito de armas e munições e outras irregularidades, zela pela segurança das pessoas, do patrimônio e pelo cumprimento das leis e regulamentos; recebem e controlam a movimentação de pessoas em áreas de acesso livre e restrito; fiscalizam pessoas, cargas e patrimônio; vigiam parques e reservas florestais, combatendo inclusive focos de incêndio, vigiam presos. Comunicam-se via rádio ou telefone e prestam informações ao público e aos órgãos competentes (BRASIL, 2002, p. 624).

Os vigilantes patrimoniais atuam em diversos contextos, como bancos, estabelecimentos comerciais, de ensino e, também, em instituições de saúde. A lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983, regulamenta a profissão, estabelecendo normas para constituição e funcionamento das empresas particulares que exploram serviços de vigilância e, também, as condições para o exercício da profissão de vigilante. Segundo esta lei, esse profissional deve preencher os seguintes requisitos: ser brasileiro; ter idade mínima de 21 anos; ter nível de instrução correspondente à quarta série do primeiro grau; ter sido aprovado em curso de formação de vigilante em estabelecimento com funcionamento autorizado nos termos desta lei; ter sido aprovado em exame de saúde física, mental e psicotécnico; não possuir antecedentes criminais registrados e estar quite com as obrigações eleitorais e militares.

A formação dos vigilantes é regulamentada pela Portaria nº 3.233, de 10 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as normas relacionadas às atividades de Segurança Privada. Nesta mesma lei, o profissional da vigilância é definido em termos de sua formação:

III - vigilante: profissional capacitado em curso de formação, empregado de empresa especializada ou empresa possuidora de serviço orgânico de

segurança, registrado no DPF, e responsável pela execução de atividades de segurança privada (PORTARIA nº 3.233/12).

Além disso, a Portaria retoma em vários trechos a obrigação das empresas de contar, em seu quadro de profissionais, apenas com aqueles que concluíram essa formação e, também, aborda a garantia de reciclagem desses profissionais, que deve ocorrer a cada dois anos (PORTARIA nº 3.233/12). Os cursos previstos por esta Portaria estão explicitados na seção II, Art. 156:

Seção II Dos Cursos de Formação, Extensão e Reciclagem

Art. 156. São cursos de formação, extensão e reciclagem: I - curso de formação de vigilante (Anexo I); II - curso de reciclagem da formação de vigilante (Anexo II); III - curso de extensão em transporte de valores (Anexo III); IV - curso de reciclagem em transporte de valores (Anexo IV); V - curso de extensão em escolta armada (Anexo V); VI - curso de reciclagem em escolta armada (Anexo VI); VII - curso de extensão em segurança pessoal (Anexo VII); VIII - curso de reciclagem em segurança pessoal (Anexo VIII); IX - curso de extensão em equipamentos não letais I (Anexo IX); X - curso de extensão em equipamentos não letais II (Anexo X); e XI - curso de extensão em segurança para grandes eventos (ANEXO XI. PORTARIA nº 3233/12).

O Anexo I da Portaria, por sua vez, explicita o programa do curso, apresentando o perfil esperado do vigilante e as informações específicas sobre as diferentes disciplinas do curso.

PERFIL DO VIGILANTE: O vigilante deverá ter o seguinte perfil profissional: a) preventivo/ostensivo: atributo de o vigilante ser visível ao público em geral, a fim de evitar a ação de delinquentes, manter a integridade patrimonial e dar segurança às pessoas; b) proatividade: ação de antever e se antecipar ao evento danoso, com o fim de evitá-lo ou de minimizar seus efeitos e, principalmente, visar à adoção de providências para auxiliar os agentes de segurança pública, como na coleta das

primeiras informações e evidências da ocorrência, de preservação dos vestígios e isolamento do local do crime; c) relações públicas; qualidade de interação com o público, urbanidade, sociabilidade e transmissão de confiança, priorizando o atendimento adequado às pessoas com deficiência; d) vigilância; atributo de movimento, dinamismo e alerta, contrapondo-se ao conceito estático; e) direitos humanos; respeito à dignidade e à diversidade da pessoa humana, compromisso que o Brasil assumiu perante a comunidade internacional e princípio constitucional de prevalência dos direitos humanos; f) técnico-profissional; capacidade de empregar todas as técnicas, doutrinas e ensinamentos adequados para a consecução de sua missão; g) adestramento; atributo relacionado à desenvoltura corporal, com aprimoramento físico, domínio de defesa pessoal e capacitação para o uso proporcional da força através do emprego de tecnologias não letais e do uso da arma de fogo, como último recurso de defesa própria ou de terceiros; h) higidez física e mental; certeza de não ser possuidor de patologia física ou mental; i) psicológico; perfil psicológico adequado ao desempenho do serviço de vigilante; e j) escolaridade; 4ª série (exigência legal). (PORTARIA nº 3.233/12).

O trabalho nos hospitais é abordado na disciplina Vigilância, em meio a outros espaços de atividade específica dos vigilantes, como escola, indústria e shopping:

Vigilância

Carga horária: 14 h/a Avaliação: V/F (2 h/a) Objetivo da disciplina: a) desenvolver conhecimentos sobre vigilância geral e sobre as áreas de vigilância especializadas, como banco, shopping, hospital, escola, indústria, com o fim de manter a integridade do patrimônio que guarda, executar os serviços que lhe competem e realizar uma vigilância dinâmica, alerta, integrada e interativa; b) capacitar o aluno a identificar as técnicas de vigilância em geral e compreender as funções do vigilante, bem como avaliar sua importância num esquema de segurança; c) desenvolver conhecimentos sobre o plano de segurança das empresas; dotar o aluno de conhecimentos específicos que o capacitem

ao desempenho das atribuições de promover a segurança física de instalações, em sua área de atuação, adotando medidas de prevenção e repressão de ocorrências delituosas; e d) identificar emergência, evento crítico e crise (PORTARIA nº 3233/12).

O curso de formação de vigilantes, curso básico para ingresso nesse mercado, é o único, dentre todos os descritos na portaria, que aborda um conteúdo para preparar os profissionais para a realidade específica de unidades de saúde. No programa deste curso, o período de 14 horas é disponibilizado para apresentação de diversos cenários, inclusive o de unidade de saúde. Assim, o profissional conclui o curso básico com informações breves acerca desta “área de vigilância especializada”.

O *Manual do Vigilante*, escrito pela Associação Brasileira de Cursos de Formação e Aperfeiçoamento de Vigilantes (ABCFAV) em 2007 e homologado pelo Departamento de Polícia Federal, possui um tópico sobre a vigilância em hospitais. De acordo com este manual, os principais delitos ocorridos nesse contexto consistem em furtos de medicamentos, sequestro e troca de recém-nascidos, assassinatos e sequestro de criminosos internados. Aponta-se a importância de “equilíbrio emocional” do profissional, por se tratar de local “propício ao conflito e desgaste psíquico” (ABCFAV, 2007, p. 109). Aborda-se especificamente a Portaria como local de acesso, o horário da visita como momento crítico e as medidas de segurança a serem acionadas para prevenção e combate aos riscos indicados. Ainda segundo o *Manual*, são locais considerados críticos para a segurança: o quadro de disjuntores, o sistema de refrigeração, a casa de máquina de elevadores, o reservatório de água, a gasometria, a central de processamento de dados, a central telefônica, o armazenamento e tratamento de resíduos, o heliponto, a central de segurança, a sala de geradores, o berçário, a farmácia, a pediatria, o pronto socorro, a psiquiatria e o centro cirúrgico e/ou obstétrico.

O vigilante empregado neste local de trabalho

deve estar atento a todos os movimentos internos, em especial nas dependências em que o acesso seja restrito a determinadas pessoas e horários pré-estabelecidos pela Direção. O equilíbrio emocional é de fundamental importância, pois se trata de local onde as pessoas constantemente entram em desespero e, por vezes, demonstrando real insatisfação em relação ao atendimento dos médicos e seus auxiliares, sendo, portanto, propício ao conflito e desgaste psíquico. A portaria é o local de acesso ao público em geral, devendo o vigilante ficar atento às vias de acesso para a parte interna das instalações que são restritas a funcionários e pessoas autorizadas. Outro momento crítico é o horário das visitas, em que a atenção deve ser redobrada, pois os grupos criminosos que praticam delitos em hospitais são estrategistas e na maioria das vezes se passam por enfermeiros, médicos, funcionários de empresas prestadoras de serviços etc. Como em todos os locais de vigilância, a instalação de medidas de segurança é de fundamental importância para prevenir as ações criminosas, como por exemplo: Circuito Fechado de TV, em todos os pontos possíveis, inclusive nos berçários; pulseiras com código de barras pelos pacientes; controle de visitantes através de identificação e biometria (íris, impressões digitais), com o devido registro de dados; câmeras nas farmácias, com monitoramento e acesso controlado eletronicamente através de senhas pessoais, etc. (ABCFAV, 2007, p. 109).

No levantamento realizado nas bases de dados são descritos contextos nos quais os vigilantes atraem o olhar do pesquisador por realizarem tarefas além de seu escopo de atuação, como triagem de pacientes, encaminhamento para lugares de atendimento, entrega de fichas de atendimento, participação em grupos de discussão (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; BARROS et al, 2013; QUEIROZ et al, 2013; COELHO, JORGE, 2009; CALEGARI e LIMA, 2008). Faria (2010) observou que os profissionais da segurança ultrapassavam as funções estritamente relacionadas ao papel de um vigilante do patrimônio físico da instituição, sobretudo no que concerne às interações com os usuários do serviço de saúde. Eles eram os

primeiros a ter contato com os usuários, sendo os responsáveis pela abertura dos portões da unidade, organização da fila e distribuição de senhas, juntamente com os profissionais da recepção. Assumiam outras funções para além daquelas esperadas para seu cargo, como carregar pacientes mais fragilizados, conduzir até as salas de atendimento, atender ao telefone, entregar resultados de exames e executar outras funções que extrapolavam o “protocolo” de vigiar.

De forma semelhante, em etnografia empreendida por Giglio-Jacquemot (2005) em um serviço de emergência, esta autora evidencia como o trabalho dos seguranças nessa unidade de saúde é importante na triagem informal dos pacientes e, também, para a manutenção da ordem no ambiente da sala de espera. Apesar de não terem recebido treinamento formal em saúde que os capacitasse a identificar sinais de urgência médica ou de piora clínica, os funcionários de segurança se consideravam em condições de identificar sinais de urgência. Em certas ocasiões, a opinião deste ator social foi fundamental para garantir atendimento imediato a pacientes graves.

Observa-se, portanto, que os desafios enfrentados e o trabalho realizado se distinguem dos desenvolvidos em outras áreas da vigilância patrimonial. A prerrogativa de “curso de formação de vigilante, realizado em estabelecimento com funcionamento autorizado nos termos dessa lei” poderia surgir então como complemento à legislação na normatização da atividade, uma vez que no mercado encontram-se cursos que se pretendem especializados em “vigilância patrimonial hospitalar”, e cujo currículo interessaria conhecer, para compreender de que forma há adequação entre aquilo que é normatizado enquanto aprendizado curricular e aquilo que é praticado no cotidiano nos serviços de saúde.

No que tange à formação dos vigilantes, a pesquisa na internet revela a existência de diversas empresas no ramo de cursos básicos e de especializações direcionadas a esses profissionais. Há inclusive cursos que se pretendem especializados em “vigilância patrimonial hospitalar”. Diversas empresas promovem esses

cursos, mas a oferta de dados sobre o trabalho em ambiente hospitalar é limitada. Na busca realizada em fevereiro de 2016, a partir dos termos “formação vigilantes rj”, no *Google*, o resultado contava com referência a várias empresas. A pesquisa em seus sites demonstrou que todas oferecem o curso básico de Formação de Vigilante e os cursos explicitados na Portaria nº 3.233, além de outros não previstos neste documento. Entretanto, poucas empresas sugerem cursos direcionados à área da vigilância patrimonial hospitalar. Dentre as empresas pesquisadas, a *Cactus* oferece o curso “Segurança Hospitalar”, com quatro horas/aula e apenas uma disciplina, intitulada “Procedimentos em Segurança Hospitalar”³. Já a empresa *Starsec*, disponibiliza o curso “Especialização em Segurança de Clínicas e Hospitais”. O site desta não continha dados sobre o curso. A empresa Escola Grande Rio apresenta o curso Agente de Segurança Hospitalar, com carga horária de dez horas. Segundo o site:

O curso tem por objetivo apresentar ao público alvo o perfil ideal de um Agente de Segurança Hospitalar (ASH) abordando questões comportamentais em unidades de saúde bem como a tomada de decisões em situações atípicas. Ao término do curso, o aluno estará tecnicamente capacitado a entender qual o seu papel no aspecto do atendimento diferenciado, da segurança do empreendimento e suas implicações⁴.

A maioria das empresas de formação de vigilantes não oferece capacitação na área de vigilância em hospitais ou em outras unidades de saúde. Diante da aparente indisponibilidade de informação formal acerca do trabalho dos vigilantes em unidades de saúde, consideramos fundamental verificar as orientações fornecidas aos vigilantes inseridos em unidades de saúde.

Narrativas dos vigilantes

A pesquisa contou com entrevistas com onze vigilantes, sete homens e cinco mulheres, de cinco instituições públicas de saúde do município do Rio de Janeiro, após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, em junho de 2016⁵. Os sujeitos foram selecionados a partir do contato com alguns vigilantes, que indicaram outros sujeitos, método denominado “bola de neve” (NOY, 2008; HANDCOCK; GILE, 2011; VINUTO, 2014). A pesquisa teve início com as entrevistas de profissionais previamente identificados e com disponibilidade para participar, que recomendaram novos sujeitos. As entrevistas se basearam em roteiro semiestruturado, com perguntas sobre dados sociodemográficos, informações acerca da unidade de saúde de atuação do profissional, indagações sobre sua trajetória profissional e acerca da percepção do trabalho nesta unidade de saúde.

A idade dos entrevistados variou entre 43 e 62 anos, com média de 51 anos. Sete dos entrevistados declararam-se pardos, dois, pretos e dois, brancos. Nove entrevistados completaram o Ensino Médio e dois, o Ensino Fundamental. Oito consideram que sua profissão é “vigilante”, ou vigilante e outra profissão, enquanto três referiram outras denominações. Como ocupação, dois responderam assistente administrativo – posição assumida após promoção no trabalho como vigilantes – e nove declararam vigilante. Destes nove, dois também apresentaram outra ocupação em paralelo. Observamos que os profissionais que indicavam outros para entrevistas davam prioridade aos que possuíam maior tempo de trabalho na vigilância na área da saúde. Argumentavam que estes teriam mais experiência, razão pela qual entendiam as questões pertinentes ao campo de trabalho. O tempo médio de trabalho dos vigilantes entrevistados na área da saúde é de 15 anos e, na mesma instituição, de 13 anos.

Os serviços de saúde em que esses profissionais

3 <http://www.grupocactus.com.br/seguranca-hospitalar/>.

4 <http://www.escolagranderio.com.br/ag-de-seguranca-hospitalar>.

5 Projeto submetido ao CEP IESC/UFRJ; número do parecer de aprovação 1570.211.

exercem suas atividades incluem: um hospital psiquiátrico, uma Clínica da Família, uma policlínica e dois hospitais terciários. A população alvo destes serviços abarca todas as faixas etárias e níveis de complexidade, inclusive serviços de emergência, pacientes em acompanhamento de condições crônicas de saúde, internação hospitalar e atendimento ambulatorial. Alguns profissionais entrevistados possuíam experiência de trabalho em mais de uma instituição de saúde, e compartilharam suas experiências de trabalho em até três instituições distintas. Nenhum entrevistado relatou experiência em instituições privadas de saúde.

Os vigilantes iniciaram sua vida laboral entre nove e quatorze anos de idade. A partir de então trabalharam em diversos locais, antes de ingressar na área da segurança. Após iniciado o percurso na segurança, muitos mantiveram outras atividades em paralelo para complementação de renda, como costura, bombeiro civil e estética. Apenas um entrevistado referiu encantamento e atração pela profissão, razão que o motivou a buscar a especialidade. Outro entrevistado indicou seu interesse devido à proximidade e semelhança com as forças armadas. Os outros afirmaram o interesse no ramo por ser, à ocasião, uma oportunidade de contar com melhores salários e condições laborais estáveis. Oito profissionais entrevistados afirmaram gostar do trabalho e desejam seguir com a mesma atividade. Três entrevistados indicaram gostar do trabalho, mas contam com outras pretensões profissionais.

Apenas uma entrevistada não frequentou o curso de formação requerido para exercer a função de vigilante. Contudo, atua como vigilante em uma Clínica da Família, tendo sido oficialmente contratada como “Auxiliar de Portaria”. Segundo esta profissional, o mesmo ocorre em todas as Clínicas da Família. Devido à proximidade dessas unidades com áreas dominadas por grupos armados, a profissional avalia que o fato de não possuir curso de formação consiste em proteção a retaliações do grupo que domina o tráfico de drogas no local. Ela afirma que este é o motivo para não ter “tirado a ata” (feito o curso de formação), apesar da oportunidade oferecida.

Dois entrevistados iniciaram a carreira profissional como vigilantes e posteriormente foram convidados a integrar o quadro da instituição de saúde, de forma permanente, como “administrativos”. Destes, um tornou-se supervisor dos vigilantes por um período e posteriormente assumiu um posto de confiança na instituição. Ambos atuam como chefia informal dos vigilantes.

Apenas um entrevistado iniciou o trabalho na vigilância há 3 anos. Os outros vigilantes atuaram na área entre 16 e 30 anos. Seu trabalho na saúde contou com uma duração de pelo menos oito anos, e o trabalho na unidade de saúde atual por pelo menos sete anos. Apenas dois profissionais trabalharam desde o início na mesma instituição, mas já cobriram a falta de colegas em outras instituições por períodos limitados. A maioria dos entrevistados relatou experiência em diversos postos de trabalho, tanto fora quanto na área da saúde.

O fato de muitos vigilantes entrevistados contarem com experiência em mais de uma instituição possibilitou entrevistas ricas em dados e relatos acerca de diferentes unidades de trabalho. Como exemplo, vigilantes empregados, à ocasião, em unidades exclusivamente dedicadas aos portadores de uma doença específica e sem atendimento de emergência, relataram também suas experiências passadas em hospitais com setor de emergência aberta ao público e com atendimento a diferentes patologias. Outro exemplo é o fato de que, entre os entrevistados, apenas um vigilante estava atuando em hospital psiquiátrico no momento da entrevista, mas outro entrevistado descreveu suas experiências passadas em serviço psiquiátrico.

As entrevistas evidenciaram dois temas principais: a formação e o treinamento dos vigilantes, seus encontros/desencontros, adequação/inadequação ao trabalho; e a relação desses profissionais com as normas formais e informais da categoria. As falas apontam para a diferença entre o trabalho da “vigilância patrimonial”, vinculado e submetido às normas da profissão; e o que concerne ao que denominamos aqui de “trabalho sem nome”, realizado na área

de saúde, com seus dilemas e “jeitinhos”.

As falas que destacam o trabalho do vigilante “patrimonial” afirmam que o trabalho dos profissionais é cuidar do patrimônio da unidade: equipamentos, salas, controle de acesso. De acordo com as entrevistas, o dia a dia do trabalho do vigilante patrimonial varia de acordo com a instituição, mas de forma geral envolve: rondas ao longo do dia, passagem de plantão no início e no final do turno, controle de acesso à instituição e à entrada de setores específicos, contato com a polícia em casos de furto ou agressão dentro da unidade de saúde.

Além das atividades apresentadas enquanto referentes à “vigilância patrimonial” propriamente dita, nas entrevistas foram trazidas diversas atuações dos vigilantes que se encontram fora do escopo da legislação e do treinamento recebido por esses profissionais. Tais atividades foram evidenciadas em todas as entrevistas, envolvendo desde ações simples até atos com maior relevância, como a triagem informal realizada pelos vigilantes ou o uso de força na contenção de pacientes ou familiares. A atividade ganha novos traços e formas a partir das interações particulares de cada unidade de saúde, e parece não ter um nome exato. “Vamo botar aí, de 100%, ele (o vigilante) faz 10% do que é da função dele. Os 90% é da função de outro, do enfermeiro, de maqueiro...” (Entrevistado 1).

Como afirma um dos sujeitos, o “primeiro bom dia” dos pacientes é dado em geral pelos profissionais da vigilância, a quem os usuários do serviço irão dirigir muitas questões e dúvidas. Além disso, estando presentes no acesso ao hospital, são eles também os primeiros a encontrar pacientes que se encontram em situações de saúde agudas e graves ou potencialmente graves, muitas vezes sem a presença de um profissional de saúde treinado que possa fazer os serviços de avaliação de risco ou prestar os primeiros cuidados. Na ausência do maqueiro, os vigilantes que trabalham no portão do hospital por vezes se fazem de maqueiros, carregam pacientes no colo, levam cadeiras de roda. Por serem os primeiros abordados na chegada ao hospital, são em geral os primeiros a correr em auxílio de pacientes e

familiares. Diversos vigilantes contam situações em que condições clínicas motivaram a quebra das regras. Os relatos de triagem informal por parte dos profissionais são comuns nas entrevistas. Também entre as atividades descritas pelos vigilantes nas entrevistas está o uso de força na contenção de pacientes e, até, de familiares, em situações nas quais a conversa e tentativas de convencimento não foram o suficiente para fazer as pessoas acederem às normas institucionais.

Apesar de apenas um entrevistado utilizar o termo “desvio de função”, a maioria dos entrevistados referiu atividades não normatizadas como “não-patrimoniais” ou tarefas para além de suas atividades de “vigilância patrimonial” – as atividades “fora da norma”. Estas consistem em uma transformação da norma, que responde a problemas encontrados no cotidiano institucional, criando um “jeitinho”. O “jeitinho” é uma categoria situada “entre o legal e o ilegal, entre o prescrito e o realizado” (Barbosa, 1988, p. 51).

O vigilante se apresenta como parte do “dilema brasileiro” (DaMatta 1997), na oscilação entre o indivíduo das leis universais e a pessoa das relações sociais. Por vezes, são as normas da empresa que devem ser obedecidas, em outras, é a situação pessoal que determina as regras. Os vigilantes oscilam entre a autoridade impessoal das normas e do aprendizado formal recebido e as relações pessoais, estabelecidas no cotidiano.

A formação do vigilante patrimonial na saúde

“Porque você não aprende isso lá (no curso). Você aprende no teu cotidiano, no teu dia a dia” (Entrevistado 9). A formação do vigilante patrimonial começa com o Curso de Formação de Vigilante, tem continuidade nos cursos de reciclagem obrigatórios, realizados a cada dois anos. Oficialmente, esses são os dois canais de formação e aprendizado do vigilante patrimonial. Entretanto, o curso inicial e os de reciclagem possuem pouca ou nenhuma informação sobre o trabalho de vigilância em unidades de saúde. O aprendizado associado à atuação na área da

saúde e na especificidade de suas instituições se dá a partir da entrada no campo de atuação, na prática dos serviços de saúde, e é transmitido de um profissional a outro, conforme explicitado na seguinte entrevista:

Não tem nada a ver com o que você aprende no curso de reciclagem... Você aprende a lidar com patrimônio, você aprende combate a incêndio. São revisões do curso que você fez de vigilante. Você aprende combate a incêndio, primeiros socorros. Agora, essa parte de ir trabalhar no hospital, aprender a lidar com os pacientes, lidar com os funcionários é difícil. Porque você não aprende isso lá. Você aprende no teu cotidiano, no teu dia a dia (Entrevistado 9).

Segundo os entrevistados, as empresas são contratadas pelo governo após licitação. A partir de então, enviam os vigilantes de seu quadro de pessoal para diferentes postos de trabalho, inclusive unidades de saúde. Os vigilantes são encaminhados pela empresa com o curso básico de formação e os de reciclagem. Contudo, somente ao chegar à unidade eles recebem informações sobre a natureza do trabalho naquele local. Em geral, esse aprendizado ocorre de maneira informal, seja por parte do supervisor ou do funcionário da administração que tem contato próximo e direto com os vigilantes, ou pelo contato e observação de colegas mais antigos ou, ainda, por meio da orientação da equipe de saúde daquela unidade. Nas palavras de dois entrevistados:

Porque a formação, ela é muito básica e segue uma linha geral. Por exemplo, “Isso aqui você tem que fazer assim, assim, assado”. É só quando você vai trabalhar em um setor, o que acontece, cada setor tem a sua metodologia de trabalho. O hospital, você tem um jeito de trabalhar, numa indústria, você tem outro meio de trabalhar. De uma indústria pra um hospital existe essa diferença. A formação, ela não te dá essa visão. Essa visão você vai obter na medida em que você vai trabalhando, mudando de postos, aí você vai tendo essa visão (E5).

Já faz parte, quando vai daqui pra uma unidade, cada unidade é um estilo diferente de trabalhar. Onde você chega, no posto, aí que vão falar como é que é o trabalho no posto em si. Na unidade é que vão dizer pra você como é o procedimento do trabalho (E3).

Nos cursos de formação são fornecidas informações básicas referentes ao trabalho em qualquer unidade e posição, como a legislação da área, controle de incêndio, primeiros socorros, uso de armamento e defesa pessoal. Na chegada ao posto, o vigilante é orientado acerca da posição e do papel específico a ser desempenhado, como, por exemplo, o controle de acesso do portão principal ou de determinada área da unidade. Os vigilantes aprendem não apenas com o que é falado, mas também, observando como outros profissionais lidam com situações desafiadoras, e ainda, questionando a forma de realizar alguma intervenção. A importância da observação de colegas mais experientes no posto e o lugar do supervisor neste aprendizado informal são explicitados, de modo a possibilitar que os vigilantes apreendam o quanto cada situação ou comportamento é ou não esperado, se é classificado ou não como adequado ou inadequado, na abordagem e no contato com o público da unidade de saúde. O papel dos profissionais da saúde na formação dos vigilantes é abordado nas entrevistas, como nos trechos a seguir:

Uns amigos meus de profissão, vigilantes, que me explicaram: “É assim, assim, assim”. Assim quando começou era pra ficar no setor, não deixar a pessoa mexer, danificar... Aí foram os próprios colegas de cada unidade que foram passando como é que era através da administração, que ela que explicava como é que ela queria que os vigilantes fizessem. Aí a parte administrativa: “Fica aí que eu quero que você fique de olho em tal lugar assim, assim. Fica ali, que ali é tal coisa assim”. A administração é que faz isso (E3).

Olha, nós vigilantes temos um curso de formação. Então nesse curso nós aprendemos

o curso de tiro, defesa pessoal, parte da saúde também, primeiros socorros, combate a incêndio, direito, várias coisas. Aí na área da saúde, depois que eu vim pra cá eu passei a conhecer o sistema de trabalho. O sistema de trabalho é assim, como você se comporta, como é, como não é. Algumas coisas assim. Não é aquele curso longo específico, mas nos dá o básico e o restante nós vamos aprender no dia a dia, como se comportar em certas situações, os cuidados que você tem que ter, lavação de mão, aquela coisa toda... Nesse ponto, não tivemos um curso, as pessoas vão ensinando pra gente. Até médico mesmo: “Rapaz, ó, quando você entrar lá dentro, lava sua mão. Quando for fazer a ronda e tal” (E5).

Para além da especificidade do trabalho em instituição de saúde há, também, a especificidade do trabalho em determinada unidade, em certo posto de trabalho. As empresas não fornecem informações sobre as diferenças do trabalho nesses postos. Segundo alguns vigilantes entrevistados, as empresas não sabem, de fato, o que eles fazem nas unidades de saúde. As características do trabalho e as tarefas específicas são acordadas internamente e seguem as características de cada unidade:

No posto que você for é que vão indicar qual é o serviço, porque a firma mesmo não sabe. A firma mesmo não sabe que a gente faz um monte de coisa (E3).

Alguns vigilantes entrevistados entendem que o curso de formação e o aprendizado informal no cotidiano das unidades é o suficiente para suprir o profissional da segurança com os dados necessários para executar seu trabalho. Alguns profissionais aventam a hipótese de que, caso fossem oferecidas mais informações, poderia acarretar um aumento do que é classificado como desvios da função na vigilância.

Não... Esse aprendizado já tá de bom tamanho. Não precisa de mais não... Sabemos fazer quase tudo aqui. Vai acabar a gente fugindo, a gente fazendo outra função só, e a nossa mesmo a gente

não vai fazer. Acho que tá bom, cada um tem que estar dentro da sua função. Ajuda é muito bom. A gente não pode também fugir da função nossa (E9).

Para alguns vigilantes, a alocação em qualquer tipo de estabelecimento inviabiliza uma oferta de curso específico sobre atuação na área da saúde:

Porque todo mundo quando vai trabalhar de vigilante, tem que ter esse curso. Aí quando vai botar o currículo, aí depende da firma que você conseguir, aí (a firma) vai botar num posto de saúde, vai botar numa escola. Cada firma trabalha num local. Às vezes é num depósito. Cada firma tem um contrato num local. Pode ser num posto de gasolina, num posto de saúde, numa biblioteca, pode ser em uma agência de carro. É assim, aí não tem aquele curso específico. Quando você vai para aquele local, lá que você tem que trabalhar no ritmo que você tá naquele local de trabalho. Por isso que não pode ter curso antes, pra você chegar e trabalhar. Depende do local que você vai conseguir de contrato da firma (E3).

Embora alguns entrevistados tenham estas opiniões, outros vigilantes criticam a sua formação, que consideram falha e incompleta. Muitos entrevistados responsabilizam a formação pela atuação inadequada de certos profissionais. Esta postura é associada ao uso da violência no trabalho. Segundo um entrevistado, para atuar em instituições de saúde de forma adequada seria necessário transmitir informações que não são oferecidas aos profissionais. Ele avalia a importância de mudanças na formação dos vigilantes que são designados para atuar em unidades de saúde.

Como você vê. Eu sou vigilante, como eu muitos colegas. Então, você tem uma formação como eu tive e de vários outros lugares, várias outras formas de trabalhar. E é assim, basicamente é bem diferente de uma área de saúde de um hospital tipo esse, que você tem que ter assim, você tem que ter noção do que você está fazendo. E nem sempre tem. Nem sempre você tem um profissional preparado. Não se prepara profissional de segurança pra essa

área. Você não tem. Você tem pessoas que, quando querem se enquadram, tentam, como eu, eu sempre tentei me enquadrar de forma que eu não me prejudique e não prejudique terceiros (E9).

Em alguns relatos, há propostas de melhoria na formação dos vigilantes, para capacitá-los a atuarem em unidades de saúde, para um aprendizado de certas tarefas, como carregar pacientes ou identificar situações e casos de emergência.

Então, os cursos são muito básicos. Há uma cobrança considerada às vezes até um pouco exagerada, no trabalho do vigilante, porém, um detalhe, muitas das vezes o erro não está nele, mas no tipo de formação que ele teve. Se ele não tiver uma empatia pra tentar entender as pessoas, e procurar conversar com as pessoas como tem que ser, ou seja, separando cada assunto de acordo com a reação da pessoa, ele vai se perder, fica perdido no espaço. Aí o que acontece, chega uma hora que ele mesmo chega “ah, o melhor mesmo é dar uma pranchada logo”. Aí é quando acontecem determinadas violências (E5).

Um entrevistado apresenta uma crítica ao que considera ser uma formação inadequada aos profissionais, e refere que tem abordado essa falha nos cursos de formação em que participa. Para ele, o produto das formações seria um vigilante mecânico, incapaz de se adequar ao seu ambiente de trabalho, ou fazer algo que ultrapasse o nível de formação recebido:

Eu já várias vezes fazendo a minha reciclagem, porque a gente tem que se reciclar a cada dois anos, na reciclagem eu tenho debatido muito isso nos cursos, que não há um aprimoramento. As reciclagens são muito básicas e praticamente se remetem ao que foi aprendido nas formações. Então quer dizer, o vigilante entra lá de uma forma e sai do mesmo jeito, não há uma mudança. Muito mal se há uma determinação em lei pra alguma coisa “Ó, vocês tomem cuidado, a lei assim e assim”. Mas fora isso, nada mais. Nada de tornar o vigilante um pouco mais humano, ele continua sendo aquele tipo

daquela máquina. “Fica aí. Você tá aqui estático, você tá aqui só porque a companhia de seguro exige”. Então, muitas vezes eles agem dessa forma, chega e fica estático (E5).

A limitação das informações recebidas nos cursos contrapõe-se aos desafios na rotina laboral em unidades de saúde. Por ocuparem uma posição de exposição e contato com os usuários dos serviços de saúde, tanto com pacientes quanto com seus familiares, por vezes são expostos a situações que demandam um posicionamento imediato. No entanto, a formação oficial não forneceu qualquer orientação para o enfrentamento deste tipo de evento. Assim, sua atitude segue o recebido no processo de aprendizado informal e, também, baseia-se em seus valores pessoais:

E nisso aí entra o trabalho do vigilante, em ele também, não é bem a função dele, mas é uma interatividade tão grande que o vigilante já chega já entrando nessa questão. Não seria o trabalho dele, porém um detalhe, ele chega e fica de frente com a situação, ele não tem como evitar. Então ele tem que ser preparado pra essa situação. O vigilante tem que ser uma pessoa calma, tem que ser uma pessoa tranquila, tem que saber conversar com as pessoas, entendeu, ele tem que ser preparado. Os cursos que, como falei, os cursos eles dão informação em linha geral, eles não dão um preparo para você chegar e, “ah, olha”, “não senhor, fica calmo”. Nada disso. Simplesmente, “o teu trabalho é esse, e você não se mete aqui, e não se mete ali. É isso aqui, tu foca nisso aqui. Você tem que chegar e não deixar a pessoa passar e acabou, se tiver que bater, bata” {voz autoritária}. Essa é a linha geral dos cursos pra ensinar o vigilante (E5).

Na atuação em unidade de saúde, o vigilante cria parâmetros e regras próprias, o que pode ser ilustrado pela fala do entrevistado 9.

Se você pegar um paciente que tem problema nas articulações, você sabe? Não. Sua função ali é chegar e ajudar a pessoa a botar no carro. Por isso que eu falo, pede ao acompanhante pra pegar

o paciente pra botar no carro. Você só vai fazer o acompanhamento. “A senhora quer que eu ajude? Eu posso ajudar? Se eu pegar aqui na senhora com certa força, vai te machucar?”. Isso eu não vejo. Falta orientação. Orientação voltada pra área de saúde. Pra área administrativa não. Você tem seguranças dentro dos hospitais? Tem. Mas tudo voltado pra área administrativa. Relativo à saúde não temos. Porque eu não tenho uma orientação técnica sobre como segurar. Aí eu percebo que você vai cair. Qual o meu intuito? Te segurar. Se eu sei que você pode ter problema nos membros superiores, eu vou automaticamente tentar te pegar na cintura, evitar essa área. Ou simplesmente vou fingir que não vi, tu vai cair no chão (E9).

Esta e outras falas apontam a percepção dos vigilantes de que seu conhecimento em relação à saúde é limitado. Os relatos indicam três possibilidades no lidar com a questão:

1. Um esforço individual do profissional para preencher as lacunas em seu processo de aprendizado, envolvendo observação e busca por cursos “extras”:

Eu fiz cursos de supervisão. O nome é só um título. Nesses cursos a gente aprende a não só ter empatia, mas saber o que ela significa. Foi um dos cursos que fiz. Outros cursos, você saber como lidar com o ser humano. Você ter a calma acima de tudo, procurar conversar com as pessoas, procurar entender - tá aí a empatia na situação - o problema que ela está passando e você se colocar no lugar dela pra você ter como orientar ela naquilo que ela tá tentando obter. Ela veio pra obter alguma coisa. Que seja uma visita, que seja um atendimento médico. Esses cursos ajudam muito a gente, tem vários locais que dão esses cursos. Então quem se interessa em fazer, faz. A maioria não se interessa, a maioria maciça da vigilância não tem curso quase nenhum, a não ser aqueles básicos. São poucos que procuram se interessar em fazer os cursos de especialização. Quer dizer, eu considero especialização. Você fazendo um curso desses e você aprendendo mesmo o que é ensinado, você volta diferente para o posto. Você volta com uma nova visão, um novo jeito de comportamento (E4).

2. A instituição forneceria ensino aos vigilantes:

Olha, o treinamento que eu acho que deveria ter seria o seguinte: pegaria um funcionário específico, um enfermeiro. Esse enfermeiro ia instruir o segurança. Tanto enfermeiro quanto médico que já acompanha há bastante tempo a área de psiquiatria, e o psicólogo acompanhando também, pra fazer uma avaliação de quem está entrando, e se a pessoa vai gostar do que vai encontrar ou não. Fazendo uma avaliação em cima do que vai ser passado pro segurança (E9).

3. O ensino de forma sistematizada pelo governo, por intermédio do Ministério da Saúde:

Nós não temos isso. Mas eu acho que deveria vir de dentro. Você está fazendo a pesquisa pra colocar “Qual a função desse individuo aqui dentro?”. Ou seria “Qual a função daqui de dentro com esse individuo”? Eu acho que tudo bem, vocês estão fazendo a pesquisa, mas por mim eu começaria de dentro pra fora. Ou seja, do Ministério da Saúde para o vigilante. Tudo bem, quer ter uma noção. Mas pergunta “O que você espera que o rapaz faça? Ele só vai atuar numa área?” (E9).

As falas dos entrevistados E9 e E10 se destacam, pois apontam a importância de uma capacitação no sentido de promover interação com as pessoas, um desafio presente em muitos relatos. Para E10, o desgaste dos vigilantes, produzido pelo contato constante com a dor, sofrimento e, até, com a agressividade do público deveriam ser aplacados por meio de intervenção de profissionais da saúde mental:

Mas é conflitante no sentido de que você, você não vem com uma cartilha, você não vem com um manual de instrução. Você tem que aprender a trabalhar e nem sempre está apto a fazer isso, porque não só nessa área de saúde, mas segurança em geral, sempre foi descaracterizado. Quem está trabalhando na área de saúde não tem acompanhamento psicológico, que acho que deveria ter. Uma avaliação fora do padrão e da

empresa contratante, um profissional dentro da área de saúde pra avaliar a conduta, o modo daquela pessoa. Porque você trabalhar com pessoas que são portadoras de câncer, você tem que avaliar muito o jeito de você lidar com a pessoa, de conversar com a pessoa. Ao mesmo tempo em que você tem que se envolver, você tem que se afastar. Você se envolve no intuito de ajudar, e se afasta no intuito de não ser pego se envolvendo demais. Aí você vê profissionais mal treinados em instituições de saúde que brigam, que literalmente saem na porrada com as pessoas. Você não tem um posicionamento tipo assim: “gente, esse hospital ou essa unidade hospitalar, não é igual a tal, ou a outra tal. Ou mesmo o que tá acontecendo com a unidade tal não acontece aqui”. Como segurança, você trabalha com a pessoa, com o ser humano. Na minha área de segurança, o que sempre foi difícil é a pessoa, é o ser humano em si (E10).

Essas falas e outras evidenciam a dificuldade no trabalho do vigilante que atua em unidade de saúde, no contato com pessoas doentes. Diante de situações que envolvem sofrimento, emergem emoções e afetos. O relato de E10 explicita sua demanda por atenção aos aspectos sociais e emocionais no trabalho, não apenas enquanto cuidado à saúde dos profissionais envolvidos, mas enquanto possibilidade de capacitação para lidar com os aspectos “menos técnicos” de sua atuação, para prevenção da violência.

A interação com pessoas, bem como as demandas por atividades distintas ao que foi ensinado nos cursos de formação constituem relevantes desafios no cotidiano em unidades de saúde. O trabalho efetivamente realizado pelos vigilantes não somente é muito diferente do que é transmitido nos cursos, como também se distancia das normas da categoria profissional, como revelam as entrevistas.

Entre a norma e o “jeitinho”

A análise dos dados coletados na pesquisa documental e nas entrevistas com vigilantes revelou importante diferença entre o que é normatizado pela legislação da área de atuação,

e as atividades empreendidas pelos vigilantes em seu cotidiano em unidades de saúde.

A pesquisa documental evidenciou que os cursos de formação para vigilantes e os de reciclagem, realizados a cada dois anos, fornecem escassa informação sobre o trabalho na área da saúde. De fato, a Portaria no 3.233/12, que regulamenta os cursos na área, não inclui a “vigilância hospitalar” no rol dos cursos de formação, extensão ou reciclagem. Dentre as empresas de formação sediadas no município do Rio de Janeiro encontradas em levantamento na internet, apenas três oferecem cursos de especialização em vigilância hospitalar, com carga horária máxima de dez horas de aula, que não são obrigatórios para atuação laboral na área. Em paralelo, nenhum dos onze vigilantes entrevistados relatou ter frequentado este tipo de curso. Suas falas apontaram para uma formação e treinamentos informais, no trabalho em instituições de saúde.

A “especialização” efetivamente empreendida por estes profissionais ocorre em seu cotidiano, a partir de orientações e exemplos dos distintos atores sociais presentes na cena hospitalar: outros vigilantes, supervisores, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entre outros. Esse aprendizado informal preenche algumas lacunas, com informações que ultrapassam os dados técnicos, uma vez que ensinam o como-fazer e como-se-portar no cenário institucional, explicitando os limites do que é ou não esperado naquele ambiente. A equipe de saúde veicula determinadas informações, como a importância de lavar as mãos ao entrar e permanecer em locais de atendimento, a adequação ou não da permanência de um visitante ou familiar, em relação ao estado de saúde de um paciente. A partir da observação, aprendem os sinais de agravamento de um quadro clínico e as características de situações que demandam atendimento urgente.

Alguns vigilantes afirmaram desejar aprofundar seus conhecimentos, por orientação sistemática, envolvendo sinais clínicos de urgência, orientação acerca da abordagem de pacientes e familiares, no que concerne ao

sofrimento decorrente do contato com a doença e a morte. De acordo com um entrevistado, “a instituição deveria se preocupar com o que está fazendo pelos vigilantes, mais do que se preocupar com o que os vigilantes fazem pela instituição”. Ele sugere que o Ministério da Saúde se envolva nessa questão, oferecendo treinamento formal e atendimento para os vigilantes que necessitarem, “para amenizar os efeitos maléficos da exposição do trabalhador ao sofrimento e à morte”, além da possibilidade de contribuir para melhoria da atuação desses profissionais.

Assim, as dores apontadas pelos vigilantes se aproximam das percebidas por profissionais de saúde, para os quais o contato cotidiano com a “dor e morte como ofício” demanda suporte e tratamento, em muitos casos (PITTA, 1990). As falas dos vigilantes evidenciam um processo de sensibilização, no trabalho na área da saúde, por vezes, com posterior dessensibilização gradual. Tal processo é análogo ao descrito acerca de profissionais da saúde, que aparentemente se “acostumam” ao contato diário com o sofrimento de pacientes e familiares (HERZLICH, 1993; MENEZES, 2006).

As falas apontam a restrita proteção desses profissionais, quando efetuam atividades não previstas, como contato com pacientes com risco de contaminação, cuja proteção por vezes não é oferecida aos vigilantes, pelo pressuposto de que eles não integram a equipe de saúde. A preocupação dos vigilantes com a possibilidade de contágio pelo vírus HIV, bem como por tuberculose ou por vírus ou bactérias transmitidos por via aérea não consiste em objeto de atenção ou de cuidados dirigidos a estes profissionais, por parte da unidade de saúde, empresa ou de qualquer outra instância. A saúde dos profissionais também está situada fora da norma.

As consequências indesejadas da realização de tarefas que abrangem desde a probabilidade de ferir um paciente – no caso de contenção de doente descontrolado ou ao carregar um enfermo debilitado – contaminação, até o risco de sofrer ameaças ou dano físico – pela agressividade de paciente em tratamento psiquiátrico ou de

usuários e familiares descontentes com falhas na unidade de saúde. Apesar dos diferentes riscos envolvidos no cumprimento de seu trabalho, em poucas falas os vigilantes entrevistados referiram reconhecimento, da parte das unidades de saúde em que atuavam, das atividades por eles empreendidas, ou foi oferecido algum treinamento específico. Essa situação se distingue do ocorrido na instituição pesquisada por Calegari e Lima (2008), na qual os vigilantes foram incluídos em uma “Comissão Permanente de Humanização” e receberam “treinamento de colaboradores”, a partir do entendimento da complexidade das tarefas por eles desenvolvidas.

Considerações finais

Este artigo abordou o trabalho realizado por vigilantes em unidades de saúde, no que tange à formação oferecida para tal atividade. Apontou a multiplicidade de tarefas realizadas e a escassez de informação recebida na formação desses profissionais, bem como a importância de uma formação informal, nas unidades em que atuam. A pesquisa evidenciou a importância da disponibilização de cursos que fundamentem o trabalho dos vigilantes em instituições de saúde, indicando os limites de sua atuação nos níveis institucional e administrativo e, sobretudo, no que tange às interações com usuários dos serviços de saúde. As narrativas dos entrevistados apontaram a carência de formação e treinamento específicos abordando as tarefas e os desafios enfrentados pelos profissionais, em sua atuação na área de saúde, destacando suas peculiaridades e dinâmica próprias, além de prepará-los para o contato com a doença, o sofrimento e a morte.

As entrevistas indicaram uma demanda por instrução, para proteger os vigilantes dos possíveis riscos no trabalho em instituição de saúde, bem como por oferta de suporte para o sofrimento psíquico proveniente do contato com pacientes e familiares, com o quadro de carência de recursos e a situação precária de muitas unidades de saúde. Por fim, concluímos que, enquanto o trabalho de vigilantes e de outras categorias profissionais presentes em unidades de saúde,

como na limpeza e o pessoal administrativo, não contar com um reconhecimento de seu lugar específico e peculiar, pela proximidade com o campo da saúde, não será possível oferecer a esses profissionais uma atenção e formação adequadas ao trabalho que realizam. Neste sentido, não é possível abordar estes profissionais em ações de “cuidado para quem cuida”, uma vez que não são considerados como integrantes da equipe de saúde que efetua tarefas de cuidado.

Não se trata aqui de criticar ou apontar falhas dos vigilantes nem de enaltecer seu trabalho, mas de entender sua atuação, no âmbito do funcionamento das instituições de saúde. Este artigo não esgota as possibilidades de abordagem e de interpretação acerca do trabalho de vigilantes em unidades de saúde. Nesta direção, indicamos a relevância de estudos que contemplem as interações entre estes, os pacientes e seus familiares, e com membros da equipe de saúde, além do impacto de suas ações sobre o funcionamento institucional.

Referências bibliográficas

ABCFAV. *Manual do Vigilante* – Associação Brasileira dos Cursos de Formação e Aperfeiçoamento dos Vigilantes. – Volume 1, Brasília/DF, 2007. Disponível em <http://www.dpf.gov.br/>

BARBOSA, L. *O jeitinho brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

BARROS, M. E. B. et al. *Narrativas sobre uma intervenção numa Unidade Básica de Saúde da Grande Vitória/ES*, *Mnemosine*, v. 9, n. 1, p. 192-204, 2013.

BRASIL. *Ministério da Justiça*. Departamento de Polícia Federal. Portaria nº 3.233/2012-DG/DPF, de 10 de dezembro de 2012. Disponível em: <BRASIL. <http://www.pf.gov.br/servicos/seguranca-privada/legislacao-normas-e-orientacoes/portarias/Portaria%20n3233.12.DG-DPF.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRASIL. *Ministério do Trabalho e Emprego*. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002: códigos, títulos e descrições*. Brasília, DF, 2002. Livro 1. Disponível em: <<http://www.sine.rn.gov.br/cbo/CBO2002Liv1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRASIL. *Presidência da República*. *Casa Civil*. Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L7102.htm>. Acesso em: 16 nov. 2015.

FARIA, H. X. *No fio da navalha: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES*. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado - Psicologia institucional). Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Sociais. Vitória, 2010.

CALEGARI, Rita de Cassia; LIMA, Abgair Xavier. *Ações de humanização frente à morte no ambiente hospitalar*. *Bioéticos: Centro Universitário São Camilo*, v. 2, n.1, p.115-119, 2008.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. *Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

DAMATTA, R. “Você sabe com quem está falando?”. In: DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. *Comment: on the concept of snowball sampling*. *Sociological Methodology*, v.41, n.1, p.367-371, August 2011.

HERZLICH, Claudine. *Os encargos da morte*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Difíceis decisões. Etnografia de um centro de tratamento intensivo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NOY, C. *Sampling knowledge: the hermeneutics of snowball sampling in qualitative research*. INT J Social Research Methodology, v.11, n.4, Oct., p. 327-344, 2008.

PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.

QUEIROZ, Y. L.; FERREIRA, C. B.; SILVA, A. M. F. *Práticas em um CAPS de Minas Gerais*. Revista da SPAGESP, v. 14, n. 2, p. 126-137, 2013.

VINUTO, J. *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto*. Temáticas, Campinas, v.22, n. 44, p. 203-220, ago/dez 2014.

Corpos em revista: etnografia com visitantes em prisões femininas

Helena Salgueiro Lermen¹
 Martinho Braga Batista e Silva²

Resumo

O conjunto de normas estatais define como os visitantes de prisões devem se portar e vestir, bem como estipula regras sobre o transporte de insumos para o interior do cárcere. Nesta pesquisa etnográfica realizada em filas de espera em duas prisões femininas do Sul do Brasil, buscamos compreender os distintos significados atribuídos por mulheres e homens às revistas dos corpos no local de entrada de visitantes nas penitenciárias. Também procuramos investigar as percepções sobre as revistas corporais e materiais nos checkpoints do cárcere. As narrativas coletadas se referem aos diferentes procedimentos de inspeção, que variam de acordo com o sexo do visitante e com o sexo das pessoas confinadas, visto que algumas tecnologias só estão disponíveis em prisões masculinas. No caso das cadeias femininas, interlocutoras reclamam da falta de higienização após o uso da faca que perfura as comidas transportadas, ou do banco que inspeciona somente as partes íntimas das mulheres. Assim, sob o pretexto de contenção de potencial perigo, corpos e bens passam por processos de vasculha vistos pelas visitantes como impuros. Simultaneamente, o favorecimento institucional do transporte de produtos de higiene e limpeza confere aos visitantes a condição de agentes purificadores do espaço perigoso e sujo da prisão.

Palavras-chave: prisões; visitantes; corpos

Bodies in search: ethnography with visitors in female prisons

Abstract

The set of state rules defines how prison visitors should behave and dress, as well as stipulates rules on the transportation of inputs into prison. In this ethnographic research, conducted in queues in two female prisons in southern Brazil, we sought to understand the different meanings attributed by women and men to the body searches performed at the visitors' entrance in penitentiary facilities. We also sought to investigate perceptions about body and material searches performed at jail checkpoints. The collected narratives refer to the different means of inspection, which vary according to the visitor's gender and the gender of the confined persons, since some technologies are only available in male prisons. In the case of prisons for women, female interlocutors complain about the lack of hygiene of a knife used to pierce the transported food items and of the bench used to inspect only women's (and not men's) private parts. Thus, under the guise of containing potential dangers, bodies and goods undergo inspection procedures that visitors view as unclean. At the same time, institutional support for the transportation of hygiene and cleaning products gives visitors the condition of purifying agents of the dangerous and dirty prison space.

Keywords: prisons; visitors; bodies

¹ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

² Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Introdução

Com o objetivo de compreender os significados sociais atribuídos às visitas em prisões femininas, uma etnografia foi conduzida com dezenas de pessoas nos arredores de duas unidades prisionais na região Sul do Brasil. Gênero, parentesco, troca e outros temas foram abordados nessa etnografia, sendo que o faremos com um assunto fundamental para investigar esse cenário: corpo. Comerciantes, “obreiros” de uma igreja evangélica e outros atores sociais se tornaram interlocutores ao longo do trabalho de campo, de maneira que apresentaremos a perspectiva de um deles em particular: visitantes. As narrativas sobre o momento no qual estas pessoas entraram nessas unidades e, entre outros procedimentos, foram revistas pelos agentes penitenciários, serão destacadas neste texto.

Os estudos sobre o sistema prisional costumam se centrar majoritariamente na população prisional masculina e, em menor escala, nos trabalhadores que atuam no interior das prisões de homens (CUNHA, 2014; RHODES, 2001). Desse modo, nossa pesquisa foi realizada em um espaço pouco convencional, com um grupo ainda pouco investigado na literatura sobre o sistema prisional, a saber, os visitantes em penitenciárias femininas. Ferreira e Fleischer (2014) sublinharam a relevância de conduzir etnografias em instituições de saúde variando os cenários do trabalho de campo e diversificando os atores sociais tornados interlocutores. Seguindo a linha de pensamento das autoras, podemos pensar que do mesmo modo como uma unidade básica de saúde (UBS) é um campo consolidado no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), assim também o seriam as prisões masculinas no interior do sistema penitenciário. Neste sistema, as carceragens femininas é que poderiam ser consideradas um cenário inusitado, já que menos pesquisadores se aproximaram desse espaço para conduzir seus estudos. Além disso, as autoras situam as “salas de espera” dos serviços do SUS como “vestíbulos liminares de outros lugares mais formais” (p. 14). Nesse sentido, as filas de espera nas carceragens femininas podem ser tomadas como cenários ao

mesmo tempo inusitados e liminares no sistema penitenciário.

Ainda tomando como base essa analogia entre sistemas, consideramos pertinentes as recomendações no sentido de privilegiar “as vozes historicamente contidas” (p. 17), seja invertendo a prioridade de escuta, seja impregnando o texto com polifonia, de maneira que ao observar e ouvir as pessoas que visitam as mulheres encarceradas, buscamos alcançar essa almejada diversidade de atores. Longe de “reforçar que os ‘usuários’ dos serviços se oponham necessariamente às ‘equipes profissionais’ ou vice-versa” (p. 18), procuramos justamente incluir a perspectiva de um ator social que não equivale nem às privadas de liberdade nem às agentes penitenciárias.

Mesmo em cenários consolidados do SUS, como as UBSs, as etnografias podem envolver situações de visita, designadas “visitas domiciliares”, e nas quais os visitantes são os próprios profissionais que integram as equipes de saúde da família. Bonet (2014) buscou acompanhar as atividades dessas equipes nas unidades, como as consultas, terminando muitas das vezes por se tornar um dos visitantes das casas que compunham o chamado “território” e assim testemunhando cenas de atendimento que demarcam não só práticas como também epistemologias dos ditos médicos da pessoa.

Naturalmente, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários distanciam-se em muitos aspectos das visitas feitas em instituições de confinamento prisional. Uma das diferenças, que nos interessa em especial no presente estudo, diz respeito aos procedimentos de segurança nos quais os visitantes do cárcere são submetidos para poder adentrá-lo. As narrativas sobre tais práticas de revista dirigidas a esses corpos que transitam em prisões femininas serão apresentadas e analisadas mais adiante, após uma breve exposição do referencial teórico-metodológico de nosso estudo.

Corpos confinados e que transitam nas prisões

Os Estados Unidos da América (EUA), país que possui a maior população prisional

mundial, exportou ao mundo o modelo de “guerra às drogas”, copiado em distintas nações europeias, latino-americanas e asiáticas, e que resultou em altas taxas em aprisionamento globais (ALEXANDER, 2017). Nesse sentido, o encarceramento feminino é um capítulo marcante do processo de encarceramento em massa, já que o quantitativo de mulheres cumprindo pena privativa de liberdade aumentou muito mais do que de homens durante o século XXI. Entre os anos de 2000 a 2016, o número de mulheres presas aumentou em 50%. No mesmo período, o crescimento da população prisional masculina foi de 20% (WALMSLEY, 2017). A principal razão é o maior rigor de leis e ações de combate ao tráfico de drogas, crime que mais leva mulheres para as prisões no mundo (ANDERSON, KAVANAUGH, 2017; REYNOLDS, 2008). No Brasil, não é diferente. Ainda que a população prisional masculina continue sendo a maioria nos presídios nacionais (93% do total da população privada de liberdade total), observamos que desde a virada do milênio até 2016, houve aumento no número de 656% de mulheres presas no Brasil, enquanto o crescimento de homens encarcerados no país foi de 293% no mesmo período (BRASIL, 2018).

Para Garland (2001) esse encarceramento em massa que vem sendo observado nos EUA desde a passagem dos séculos XX e XXI é semelhante ao fenômeno da grande internação na Europa do século XVII. Ambos os casos tratam de momentos históricos nos quais um contingente populacional abrangente é confinado em instituições, sendo que no primeiro o recorte racial salta aos olhos mais do que o de classe. Entre esses momentos históricos, as prisões foram incluídas na lista das instituições totais (GOFFMAN, 1961) e disciplinares (FOUCAULT, 1975): no primeiro estudo canônico, pelo fato de seus internos serem destituídos do controle das informações sobre si e, no segundo, pela vigilância permanente e escrutinadora que os atravessa; em ambos, devido ao isolamento progressivo a que seus corpos são submetidos para serem geridos.

Na atualidade, em meio a um número cada vez maior de pessoas em situação de privação de liberdade, notamos um variado conjunto

de produções acadêmicas sobre essas pessoas e os estabelecimentos nos quais elas se encontram. São estudos com objetos diversos, sobre tipos diferentes de instituições de confinamento, tais como casas de repouso, cadeias e casas de custódia.

Deste modo, corpos confinados suscitaram investigações não só na Europa e nos EUA, como também no Brasil. A pesquisa de Biehl (2005) em uma casa de repouso formula o itinerário terapêutico de uma interna em situação de comorbidade clínica, analisando o engendramento de vidas farmacêuticas em meio a zonas de abandono social. Na Europa, continente no qual a população prisional só não aumentou em três países (Holanda, Alemanha e Suécia), muitos imigrantes vivem o que Fassin (2017) designa de condição carcerária, suas narrativas relevando trajetórias marcadas pelo cumprimento da pena privativa de liberdade em cadeias, até mesmo com base na acusação de que suas carteiras de habilitação se encontram com o prazo vencido. Finalmente, itinerários, narrativas e trajetórias também percorrem o trabalho de campo de Padovani (2017) com casais ora enclausurados ora afastados em estabelecimentos penais europeus e latino-americanos, apontando para a necessidade de uma perspectiva interseccional para interpretar o fenômeno carcerário contemporâneo.

Também há estudos sobre corpos que transitam em prisões, como é o caso dos familiares de privados de liberdade nos presídios estadunidenses (COMFORT, 2008). Investigações sobre visitantes no cárcere também são conduzidas no Brasil, com foco primordial em mulheres que têm relações afetivas e conjugais com homens confinados em instituições prisionais (BARCINSKI et al, 2014; BASSANI, 2011; BASSANI, 2016; DUARTE, 2013; GODOI, 2015; GUIMARÃES et al, 2006; LERMEN, 2015; SILVESTRE, 2012).

Parte das pesquisas etnográficas no Brasil aborda a experiência do dia da visita no sistema prisional masculino e procedimentos estatais de revistas íntimas que ocorrem em mulheres visitadoras (GODOI, 2013; LAGO, 2017; SPAGNA, 2008). Tratam de práticas de vasculhas corporais operadas por agentes penitenciários em salas de revistas, local de entrada de visitantes em pri-

sões. A partir de regras que variam muito entre as unidades federativas do país, são decretados os modos como os visitantes devem se vestir, bem como são previstas práticas de revistas que exigem desnudamento parcial ou até mesmo total daqueles que tentam adentrar o cárcere. Salientamos que a exposição dos corpos nus de visitantes não é exceção nas salas de revista, pelo contrário. Esta é uma prática recorrente no cárcere e que já foi, inclusive, divulgada em vídeo. Em uma das cenas do documentário “A Gente”, sobre a rotina dos agentes penitenciários de uma prisão paranaense, é possível ver o desnudamento completo de uma visitante, como uma das exigências frequentes da equipe de revista no cárcere (MURITIBA, 2017).

Outras experiências de desnudamento em salas de revista também foram publicadas em meios acadêmicos, pelas pesquisadoras-visitadoras Biondi (2009) e Padovani (2017), ambas submetidas à vexatória vasculha corporal em prisões. Em seus registros, as autoras informam que não basta apenas trajar roupas que estejam em conformidade com as normas prisionais. Pode ser preciso, por algum tempo, desfazer-se delas por completo.

Importante ainda destacar que além das revistas nos corpos, são feitas as vasculhas em todos os materiais transportados pelos visitantes, o que também gera tensões entre as pessoas que frequentam e as que trabalham nas prisões. Portanto, para os agentes penitenciários, não apenas as pessoas que visitam, mas o que elas transportam, devem passar por inspeções. Tudo o que vem de “fora” desperta desconfiança do pessoal da segurança e precisa passar por rigorosos crivos, antes de serem autorizados no lado de “dentro” da prisão (GODOI, 2013; LAGO, 2017; SPAGNA, 2008).

Essas e outras etnografias em prisões nas quais as filas de espera e os visitantes ganham relevo aproximam-se do que Cunha (2015) chama de abordagem de interface, na medida em que problematizam as relações prisão-sociedade e reconhecem a porosidade do que anteriormente era considerado um universo fechado. Em outras palavras, são etnografias que colocam em xeque

as fronteiras da prisão, sejam elas materiais ou simbólicas. Além disso, consideramos que outras fronteiras podem ser examinadas por intermédio dessas etnografias na divisa entre o espaço dito “intramuros” e “extramuros”, como as sociais e corporais.

As visitas problematizam essa delimitação espacial. Elas ainda desordenam o funcionamento das prisões, exigindo procedimentos de segurança além dos que são operados diariamente, no intuito de barrar tudo aquilo que representa perigo para quem bate o cadeado na cadeia. Prisão e visitas remetem a fronteiras sociais, corporais e institucionais, de maneira que consideramos relevante a contribuição de uma autora em particular para compreender as ditas “revistas vexatórias”: Mary Douglas.

Através de análises de rituais em distintos povos e culturas, Douglas (1976, p.12) observa que as ideias de pureza e de perigo “criam unidade na experiência”, expressam modos simbólicos de classificação, de ordenamento social: “A impureza é, essencialmente, desordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê (...). A sujeira ofende a ordem”. Portanto, a impureza não pode ser analisada como um fator único, ela está intimamente ligada aos sistemas simbólicos de classificação de pureza e poluição. As impurezas representam ameaças à ordem social e, conseqüente, à ordem do corpo. A poluição e a sujeira são elementos de fora, que transcendem fronteiras sociais e corporais. Importante destacar que a perspectiva dessa autora sobre os processos de contaminação e purificação moral serão fundamentais para compreender os fenômenos narrados pelos visitantes, como veremos a seguir, após apresentarmos nossos procedimentos metodológicos.

Pesquisa com visitantes na “boca da cadeia”

O presente estudo faz parte da tese de doutorado da primeira autora. Por cinco meses, a pesquisadora frequentou a fila de espera e os comércios nos arredores de duas prisões exclusivamente femininas da região sul do Brasil. Neste manuscrito, iremos nos deter em interações, con-

versas e observações realizadas com visitantes que aguardavam a entrada na prisão na “boca da cadeia”, ou seja, na fila de espera, do lado de fora do cárcere, próximo às salas de revista dos estabelecimentos penais.

Diferentemente de outros estudos conduzidos com visitantes (BARCINSKI et al, 2014; BASSANI, 2016; DUARTE, 2013; GODOI, 2015; GUIMARÃES et al, 2006; LAGO, 2017; LEREMEN, 2015; SILVESTRE, 2012, SPAGNA, 2008) em nossa pesquisa etnográfica consideramos não apenas a experiência de mulheres, mas também a de homens nas salas de revistas. Além disso, o trabalho de campo foi realizado no dia de visita no sistema prisional feminino, não masculino.

Vamos abordar os relatos que tratam dos diferentes procedimentos de segurança que são impostos aos visitantes. São narrativas que compararam as revistas dos corpos femininos e masculinos em diferentes unidades prisionais. São ainda trechos discursivos que significam de distintos modos os procedimentos de vasculhas corporais e materiais nas salas de revista.

Salientamos que aspectos éticos foram garantidos antes da realização da coleta de dados. O estudo passou pela apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e recebeu a anuência da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária. Ademais, identificamos apenas a Região do país, sem especificar o município ou estado da federação onde o trabalho de campo foi conduzido, no intuito de garantir o anonimato dos participantes.

Nosso objetivo é compreender os distintos significados atribuídos por mulheres e homens às revistas dos corpos no local de entrada de visitantes na prisão. Também procuramos investigar as diferentes percepções sobre as revistas corporais e materiais nos *checkpoints* das prisões femininas.

Revistas de corpos e “sacolas³”: os limites do perigo e da pureza

Na “boca da cadeia” é possível acompanhar de perto os visitantes que aguardam a entrada na prisão. Trata de um grupo plural e majoritariamente feminino. As mães são as figuras mais assíduas nas filas de espera, seguidas pelas filhas, irmãs e companheiras das mulheres presas. Embora em menor número, foi encontrado um significativo contingente masculino realizando visita, cerca de 40% dos visitantes observados nas prisões femininas são homens. Esse conjunto é composto, em sua maioria, por companheiros, filhos, pais e irmãos das mulheres privadas de liberdade.

Os visitantes estão sempre acompanhados de sacolas, indispensáveis na conduta de um “visitante de fé⁴”. Nas falas dos visitantes, fica bastante claro o quanto o transporte de sacolas é uma obrigação moral de quem realiza visitas. Importante salientar que não é qualquer material que pode ser levado para o interior do cárcere. Há uma série de restrições, normas estabelecidas pela Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, que definem o que é ou não autorizado. Algumas regras são bastantes específicas, como: “Comida pronta – carne, frango, peixe, ovos, arroz, massa, feijão, legumes (cozidos, assados, fritos, sem ossos, descascados, corados) e saladas (cortadas)”, “espelho (pequeno com moldura plástica)”, “caderno pequeno ou grande (sem espiral, capa mole, pautado)”, “blusa, camisa ou camiseta (comprimento abaixo da cintura)”, “ventilador (base e pás de plástico de 30 cm no máximo)”. A lista de “materiais autorizados” ainda estabelece que roupas, comidas e outros bens não podem extrapolar cinco itens, já os produtos de higiene e limpeza são ilimitados na sacola.

Essas não são as únicas restrições para quem busca realizar visita nas prisões do estado sulista. O primeiro passo para se tornar um visitante é fazer a “carteirinha”. O estabelecimento penal exige, dentre outros aspectos, que a pessoa tenha bons antecedentes. Aqueles que possuem

3 Sacola” é o termo local para designar o conjunto de bens levados pelos visitantes às pessoas privadas de liberdade.

4 Visitantes regulares.

vínculos conjugais com pessoas presas, precisam formalizar a união em cartório. Tais medidas mostram como o Estado atinge não apenas aqueles que estão confinados, mas também quem os visita, visto que para se tornarem visitantes em prisões, precisam passar por um processo de purificação moral.

Os visitantes precisam portar carteirinhas e sacolas, como também cobrir-se com vestimentas específicas. A moralidade é percebida no figurino estabelecido para quem visita e para quem está confinado. As regras que determinam as roupas autorizadas na sacola são as mesmas que definem as vestimentas dos visitantes. Não são permitidas “roupas curtas ou transparentes; shorts, bermudas e saias acima do joelho, regatas, *babylook*, meia calça, sutiã com enchimento ou armação, perucas, apliques, joias, bijuterias, chapéus, bonés, toucas, fivelas, cintos e outros adornos metálicos e/ou pontiagudos”. É necessária uma conferência atenta de todos os detalhes previstos da lista da prisão. Qualquer descuido poderá (e provavelmente será) apontado pela equipe de segurança.

Portanto, mediante suas exigências documentais e burocráticas, o Estado é materializado nos procedimentos dos agentes penitenciários e captura os visitantes, monitorando-os antes mesmo de entrarem na prisão. Ao atravessarem as fronteiras físicas do cárcere, os mecanismos de controle estatal ganham outras dimensões e aproximam-se – através de aparelhos eletrônicos, bancos e espelhos – das fronteiras corporais dos visitantes. Tais procedimentos de vasculhas de corpos e sacolas ocorrem apenas em dias de visitas. Nesse sentido, os visitantes também alteram a prisão, assim como a prisão modifica a rotina de quem a frequenta. É uma via de mão dupla, porém desigual, de poderes.

Da fila de espera, é possível ver apenas uma parte da sala de revista. Os visitantes informam à pesquisadora o trajeto que percorrem lá dentro. Ao entrar no local, entregam as “carteirinhas” a uma agente penitenciária, que fará a conferência da documentação. Depois, passam às mãos da equipe de segurança as suas sacolas. Retiram quase toda a roupa, que igualmente é inspecionada. Por fim, têm seus corpos *seminus* revistados pela “raquete⁵”. Dizem que não há *scanner* corporal no local, somente detector de metal. As mulheres visitantes passam por outros tipos de inspeção. Vestindo apenas *lingerie*, elas precisam sentar em um banco específico e tocar o chão três vezes. Algumas visitantes sentem nojo, pois o banco não é higienizado a cada uso. Os homens não são submetidos a esse tipo de procedimento. Ainda, mulheres menstruadas precisam trocar absorvente em frente à uma agente penitenciária. De modo semelhante é feita a revista em bebês, que têm suas fraldas trocadas na presença de uma pessoa da segurança prisional.

A revista corporal gera ansiedade, principalmente entre as mulheres que visitam pela primeira vez. Margarida, em seu primeiro dia na fila de espera, pergunta a outras pessoas se pode entrar de sutiã⁶. “Eles vão mandar tu mostrar os seios, mas não precisa tirar o sutiã, só levanta”, responde Daiane. As visitantes também explicam a Margarida como é o procedimento da revista íntima⁷. Ela fica tensa com o que escuta.

A obrigatoriedade de passar pela inspeção íntima no banco faz com que algumas visitantes inexperientes acreditem que não serão autorizadas a entrar caso estejam usando absorventes: “Achava que não deixavam a gente entrar menstruada. Aí liguei pra cá e disseram que posso visitar assim”, conta Celeste. Embora não seja impedido, o protetor usado em período

5 Aparelho de revista corporal, que emite um som quando é aproximado de algum eletrônico. É um item de segurança comumente utilizado em grandes eventos, como jogos ou shows em estádios.

6 Sutiã com enchimento ou armação não é autorizado nas prisões estudadas.

7 De acordo com as normas da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária: “Na revista íntima, em local reservado e apropriado, o visitante deve retirar todas as suas roupas, inclusive as roupas íntimas e, dessa forma, passar por aparelho detector e por inspeção visual, sem contato físico com o profissional responsável pela revista. Quando solicitado pelo Agente Penitenciário, o visitante deve executar agachamentos, de frente ou de costas, conforme orientação, exceto para gestantes com comprovação médica. O visitante que se recusar à revista não terá seu ingresso permitido, devendo ser feito o devido registro em Livro de Ocorrências”.

menstrual pode gerar desconfiança dos agentes de segurança e levar a procedimentos ainda mais constrangedores. Ana relata que além de sentar no banco, foi obrigada a agachar até o chão seis vezes, três de frente, três de costas. Estava menstruada e acha que as agentes suspeitaram do volume que havia na sua calcinha. “Era só meu absorvente, que humilhação”. Não surpreende que todas as queixas sobre o procedimento de revista corporal sejam de mulheres.

O conjunto de procedimentos faz com que visitantes questionem a viabilidade de ingresso de materiais ilícitos no interior do cárcere. “Eu não entendo como entra droga e celular aí dentro, revistam a gente, revistam tudo, revistam o cabelo, revistam o ouvido, revistam o relho⁸!”, desabafa Dalva. Ela ainda comenta a respeito do banco usado na revista íntima de mulheres: “é muita humilhação!”.

Diante de tantas vasculhas, algumas pessoas, especialmente os “visitantes de primeira viagem⁹” ficam intimidados. Dara narra o seu primeiro dia na sala de revista de uma prisão da região metropolitana do estado: “Eu cheguei com a sacola e me mandaram ir pra revista íntima. Eu me neguei, não ia ficar pelada, nem me agachar. Deixei a sacola e fui embora. Aí eu falei com a minha filha (por telefone) e na semana seguinte eu visitei ela”. O caso narrado faz pensar duas questões. A primeira, bastante óbvia, ilustra o quão ameaçador e humilhante é o procedimento de revista íntima. A segunda, indica que a sacola pode ser entendida como a visita, já a recíproca – o visitante sem a sacola – pode não ser verdadeira. Isso é evidente na observação das filas de espera, visto que invariavelmente os visitantes carregam em seus corpos enormes bolsas e sacolas plásticas com os insumos. Para os interlocutores, não levar a sacola é uma atitude moralmente condenável.

Pessoas como Dara, que já visitaram em mais de uma prisão, fazem frequentes comparações sobre os procedimentos de segurança, a estrutura institucional e o acesso até o interior do cárcere. Alguns dos interlocutores que frequentam duas prisões em um mesmo dia deixam claro essas diferenças. Geromel tem um filho preso na cadeia masculina da capital e uma filha detida em estabelecimento feminino no mesmo município. Ele visita a dupla aos domingos - permanece no presídio feminino até às 11:30, depois vai à prisão masculina - e nota distinções nos procedimentos de segurança desses dois locais. Revela que na sala de revista da penitenciária feminina, os homens, usando apenas cueca, são revistados por agentes do sexo masculinos. O procedimento consiste em passar a “raquete”, contornando o corpo do visitante. Nunca sentam no banco ou tocam o chão, como fazem as mulheres. Já na cadeia masculina, Geromel revela que são outros métodos utilizados na sala de revista: “eu passo direto (à frente das visitantes). É tão pouco homem, que não fico na fila¹⁰. Eu chego e toco piano¹¹. Depois, já vou pro scanner corporal. É muito rápido”. Toda essa facilidade garantida aos homens faz com que apenas ele visite o filho. Sua esposa Fernanda só frequenta o presídio feminino. Geromel revela ainda que a revista íntima em mulher também não foi abolida na cadeia masculina, embora lá já esteja disponível o *scanner* corporal, recurso inexistente nas penitenciárias femininas. Portanto, para além das vantagens que homens têm para realizar visitas em prisões masculinas, observa-se a resistência das instituições de confinamento em abolir a prática humilhante da inspeção íntima dos corpos femininos, mesmo com toda a tecnologia disponível.

Há, portanto, corpos mais investigáveis que outros, pois o vergonhoso exame depende, principalmente, do sexo do visitante, mas tam-

8 Anus.

9 Visitantes novatos, inexperientes.

10 A observação na “boca da cadeia” em prisões feminina permite afirmarmos que esse tipo de procedimento não acontece em instituições prisionais que confinam mulheres. Os homens visitantes aguardam na mesma fila que as visitantes, não há furos em função de seu sexo nos locais onde foi realizado o presente estudo.

11 Realiza o cadastro digital. Esse é um procedimento feito apenas com homens que visitam no presídio masculino. Trata-se de um modo de impedir que visitantes troquem de lugar com os sujeitos presos.

bém está condicionado ao sexo da pessoa privada de liberdade no estabelecimento penal. No estado onde o presente estudo foi realizado, não há *scanners* corporais em prisões femininas. Podemos conjecturar que a justificativa institucional para essa ausência seria o alto custo desses aparelhos, a razão pela qual eles teriam sido comprados e instalados apenas nas unidades prisionais masculinas, que recebem um contingente muito maior de visitantes por semana.

Por outro lado, podemos pensar ser esta uma questão de gênero, visto que o crime e o cárcere são tidos, respectivamente, como conduta e espaço de homens. Às mulheres é esperado que cumpram somente a função de mantenedoras dos vínculos com os sujeitos encarcerados. Não há expectativa social que mulheres sejam confinadas, tampouco visitadas. Pessoas que as visitam desviam-se da norma e a elas têm sido aplicadas medidas de inspeção mais severas do que aquelas operadas em instituições prisionais masculinas. Nesse sentido, trata-se da produção de novos desviantes em salas de revista de prisões de mulheres.

Para algumas visitantes como Dalva, porém, pior que a inspeção dos corpos, é a vasculha nos potes de comida: “Queria que tu visse a revista das comidas. Eles pegam a mesma faca e cortam bolo, cortam carne, passam no feijão, tudo com a mesma faca! Que nojo!”, reclama. Dalva diz que a higienização entre a vasculha de um recipiente de comida e outro é precária: “Limpam, né, mas daquele jeito, passam um pano imundo, não adianta nada!”, esclarece. Ela afirma que já perdeu muitos recipientes, em função de a faca ter passado por várias comidas, sem a devida limpeza. Quando questionada se acha a revista dos alimentos pior do que a revista pessoal, Dalva é responde: “Ah, sim, muito pior, porque na revista pessoal, eu só tenho que ficar de calcinha

e sutiã. Mas as comidas, aquilo até é anti-higiênico, é sujo, contamina tudo”.

Para as visitadoras investigadas por Spagna (2008, p. 7), o uso de uma mesma faca para inspecionar comidas e produtos de higiene era percebido “mais como uma ofensa moral do que uma estratégia da segurança”. Os cortes feitos em frutas e sabonetes foram sentidos como “feridas” na “individualidade” dessas mulheres.

No presente estudo, observamos que a sacola é um item indispensável para os “visitantes de fé”. O transporte de materiais é uma obrigação moral para aquele que visita, chegar de “mãos abandonado” na fila de espera não parece ser uma opção. A sacola pode ainda se fazer presente no interior do cárcere sem que algum familiar ou amigo a tenha transportado. São os casos observados pela pesquisadora, remessas que chegavam pelos Correios, via Sedex, no horário das visitas nas prisões femininas. Podemos retomar aqui a ideia de que os corpos dos visitantes no interior do cárcere podem não ser tão imprescindíveis quando as sacolas. Ou ainda, que os corpos dos visitantes são substituídos pelas sacolas, como uma materialidade do familiar que não pode ou não quis estar presente no interior da prisão. Nesse sentido, para aqueles que visitam e levam consigo suas extensões - sacolas -, toda profanação feita nos materiais transportados pode ser sentida como uma violação pessoal.

Salientamos que normativas federais impedem a exposição dos corpos dos visitantes, em revistas íntimas¹², embora tais normas nem sempre sejam cumpridas, como aqui estamos sugerindo. Contudo, não há documentos governamentais que impeçam as práticas recorrentes de vasculhas manuais das sacolas, embora igualmente já exista tecnologia que dispensaria tais condutas. São penetrações normatizadas nos materiais transportados por visitantes. Destacamos que a serra que atravessa os itens da sacola é manejada por agente estatal. Nas salas de revis-

12 A Resolução nº 05 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) recomenda a “não utilização de práticas vexatórias para o controle de ingresso aos locais de privação de liberdade”. Não se trata de um impedimento da prática da revista pessoal, “visto que cada Estado dispõe de equipamentos técnicos e humanos diferenciados, e as realidades de cada um devem ser respeitadas”. A proibição refere-se às práticas de revista “vexatória, desumana ou degradante”. Ou seja, a resolução veta o “desnudamento parcial ou total”; “qualquer conduta que implique a introdução de objetos nas cavidades corporais da pessoa revista”; “uso de cães ou animais farejadores, ainda que treinados para esse fim”; “agachamento ou saltos” (BRASIL, 2014).

tas, corpos são expostos e bens são penetrados, a mando e a serviço do Estado.

Para Dalva, essa profanação estatal da sacola lhe fere mais que qualquer desnudamento parcial. O que a inquieta é a falta de higiene do talher. Ela queixa-se da contaminação da comida, tal qual outras interlocutoras já haviam reclamado do banco, usado apenas para inspeção íntima de mulheres visitantes, que não é higienizado entre um uso e outro.

As visitas representam ameaças ao ordenamento, são sujeitos e sacolas que vem de fora e representam riscos, não para quem está confinado dentro, mas para quem media as fronteiras físicas do cárcere. Os visitantes e tudo a eles atrelado representam perigo aos fiscais dos portões da cadeia, razão pela qual são operados, de modo bastante ordenado, diferentes procedimentos de segurança no *checkpoint* das cadeias. Processos de higienização dos instrumentos utilizados nas inspeções parecem secundários aos agentes penitenciários.

Há ainda uma contradição nos sentidos despertados pela sacola. Por um lado, tudo que os visitantes transportam representa perigo, sobretudo os alimentos. Por outro lado, a Secretária Estadual de Administração Penitenciária estimula o transporte de produtos de higiene por parte dos visitantes, uma vez que esses são ilimitados na sacola. Portanto, o visitante pode tanto ser um agente de contaminação ao portar suas marmitas, como também pode ser agente de limpeza e purificação, por meio dos bens de higiene que transporta para o interior do cárcere.

Já os relatos queixosos das interlocutoras evidenciam que elas não têm qualquer controle de eventuais contaminações de seus corpos, ou do que eles transportam. A faca e o banco rompem fronteiras, ultrapassam os limites de pureza.

Considerações finais

Na “boca da cadeia”, a pesquisadora ouviu relatos de que revista dos corpos em prisões é aplicada de modo desigual e diferencial entre os visitantes. Os procedimentos de segurança foram qualificados pela maioria das interlocutoras

como humilhante, enquanto o único interlocutor não utilizou qualquer expressão semelhante para narrar sua experiência de ficar de cueca sob a inspeção de uma “raquete”. Essas distintas percepções não ocorrem por acaso, pois apenas elas são revistas no banco, de modo que nas penitenciárias femininas, os corpos de mulheres visitantes são mais inspecionados que os dos homens.

O trabalho de campo nos cenários inusitados e liminares representados pelas filas de espera em prisões femininas se mostrou ainda relevante para o estudo das fronteiras corporais, já que as práticas de revista dirigidas a visitantes revelam que a pele não é o único limite do corpo neste contexto institucional. Os corpos que transitam pelos estabelecimentos penais transportam materiais que podem substituir pessoas, como quando a sacola de insumos substitui o próprio visitante. Além disso, a perfuração dos insumos transportados pelos visitantes pode ser considerada mais aviltante do ponto de vista moral do que a própria inspeção dos corpos desnudados daqueles que frequentam as prisões em dias de visita. Sem falar no fato de que a percepção de contaminação de pessoas e espaços nas situações de revista passa, em grande parte, pelos materiais portados e carregados, sejam eles alimentos cozidos, itens de higiene ou documentos de identidade.

Deste modo, se as etnografias nas prisões se beneficiaram de uma perspectiva mais atenta às fronteiras institucionais para abordar outros atores sociais além das pessoas privadas de liberdade e seus custodiadores (CUNHA, 2014; 2015), também notamos em que medida a observação e escuta de alguns deles, os visitantes, nos remetem a perguntas sobre as fronteiras corporais (DOUGLAS, 1976). Esse deslocamento na direção de outros interlocutores e cenários (FERREIRA, FLEISCHER, 2014) pode se tornar salutar para futuras etnografias em instituições totais, particularmente quando corpos e, quem sabe, até mesmo substâncias, colaboram para a investigação de processos de purificação e contaminação moral.

Referências bibliográficas

- ALEXANDER, Michelle. *A nova segregação: racismo e encarceramento em massa*. São Paulo, Boitempo: 2017.
- ANDERSON, Tammy; KAVANAUGH, Philip. "Women's Evolving Roles in Drug Trafficking in the United States: New Conceptualizations Needed for 21st-Century Markets". *Contemporary Drug Problems*, vol. 44, nº4, p.339-355, 2017.
- BARCINSKI, Mariana; LERMEN, Helena Salgueiro; CAMPANI, Cristiane; ALTENBERND, Bibiana. "Guerreiras do cárcere: uma rede virtual de apoio aos familiares de pessoas privadas de liberdade". In: *Temas em Psicologia*, vol. 22, nº. 4, p. 929-940, 2014.
- BASSANI, Fernanda. "Amor bandido: Cartografia da mulher no universo prisional masculino". In: *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, vol. 4, nº.2, p. 261-280, 2011.
- _____. *Visita íntima: sexo, crime e negócios nas prisões*. Porto Alegre, Bestiário: 2016.
- BIEHL, João Guilherme. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley, University of California Press: 2005.
- BIONDI, Karina. *Junto e misturado: imanência e transcendência no PCC*. 196p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Ciências Sociais, UFSCar, São Carlos, 2009.
- BRASIL. Resolução CNPCP nº 05 de 28 de agosto de 2014. Recomenda a não utilização de práticas vexatórias para o controle de ingresso aos locais de privação de liberdade e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2 set. 2014. Seção 1.
- _____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. Brasília, 2018.
- BONET, Octavio. *Os médicos da pessoa – um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro, 7 Letras: 2014.
- COMFORT, Megan. *Doing Time Together: Forging love and family in the shadow of the prison*. Chicago, Chicago University Press: 2008.
- CUNHA, Manuela Ivone. "The Ethnography of prisons and penal confinement". *Annu. Rev. Anthropol*, vol. 43, p.217-233, 2014.
- _____. "Etnografias da prisão: novas direções". *Configurações*, nº13, p. 47-68, 2015.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo, Perspectiva: 1976.
- DUARTE, Thais Lemos. "Amor, fidelidade e compaixão: 'sucata' para os presos". *Sociologia & Antropologia*, v.03, n.06, p. 621- 641, 2013.
- FASSIN, Didier. *Prison Worlds: an ethnography of the carceral condition*. Cambridge, Polity Press: 2017.
- FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. "Apresentação". In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs). In: *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 11-31.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro, Vozes: 1975.
- GARLAND, David. *Mass imprisonment*. London, Sage: 2001.
- GODOI, Rafael. "Nem dentro, nem fora: a logística da visitação em penitenciárias do oeste paulista". 2013, Disponível em: <<http://www.veratelles.net/wp-content/uploads/2013/10/RafaelGodoi-Nem-dentro-nem-fora.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2019.
- _____. "Vasos comunicantes, fluxos penitenciários: entre dentro e fora das prisões de São Paulo".

In: *Vivência*, nº. 46, p. 131-142, 2015.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva: 1961.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano et al. Homens apenados e mulheres presas: estudo sobre mulheres de presos. *Psicologia & Sociedade*, v. 18, n.3, p. 48-54, 2006.

LAGO, Natália Bouças. “Mulher de preso nunca está sozinha: gênero e violência nas visitas à prisão”. In: *ARACÊ – Direitos Humanos em Revista*, nº.5, p. 35-53, 2017.

LERMEN, Helena Salgueiro. *Amor e maternidade no cárcere: mulheres que têm filhos com homens encarcerados*. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PU-CRS, Porto Alegre, 2015.

MURITIBA, Aly. *A Gente*. Documentário. 2017.

PADOVANI, Natália Corazza. “Tráfico de mulheres nas portarias das prisões ou dispositivos de segurança e gênero nos processos de produção das ‘classes perigosas’”. In: *Cadernos Pagu*, vol.51, 2017.

REYNOLDS, Marylee. “The War on Drugs, Prison Building, and Globalization: Catalysts for the Global Incarceration of Women”. *NWSA Journal*, vol. 20, nº 2, p.72-95, 2008.

RHODES, L. A. “Toward an anthropology of prison”. *Annual Review of Anthropology*, vol. 30, p. 65-83, 2001.

SILVESTRE, Giane. *Dias de visita: uma sociologia da punição e das prisões*. São Paulo, Alameda: 2012.

SPAGNA, Laiza Mara Neves. “Mulher de Bandido’: a construção de uma identidade virtual”. In: *Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília*, nº. 7, p. 203-228, 2008.

WALMSLEY, Roy. *World Female Imprisonment List: third edition*. 2017. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf> Acesso em 14 ago. 2019.

“Sem capa”: notas sobre o trabalho de campo de uma etnografia sobre o sexo bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro

Vladimir Porfirio Bezerra¹
Sonia Giacomini²

Resumo

Este artigo tem por objetivo apresentar reflexões sobre o trabalho de campo de parte de uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 2017 e 2018 entre grupos de homens que se relacionam sexualmente com outros homens, exclusivamente praticantes do sexo sem preservativo – também conhecido como *bareback*. As análises desenvolveram-se a partir do trabalho da observação direta destes grupos, num trabalho de campo que suscitou alguns questionamentos metodológicos e éticos que dialogam com a reflexão antropológica contemporânea, sobretudo com estudos recentes sobre práticas eróticas e sexualidade. Destacam-se nessa investigação duas particularidades: a primeira foi a dificuldade em ultrapassar a fronteira do óbvio na abordagem da prática *bareback*, sobretudo nos estágios iniciais da pesquisa; a segunda foi a questão de como deveria o pesquisador se “situar” no campo. Como pano de fundo, elege-se o contexto amplo cada vez mais conservador e reacionário frente a investigações científicas que, como a realizada, expõem certos “riscos sociais” e que, de certa forma, colocam em xeque moralidades instituídas que incidem sobre o indivíduo e seu corpo.

Palavras-chave: *sexualidades; corpo; metodologia; etnografia.*

“Sem capa”: notes on the field work of an ethnography on bareback sex among men in the city of Rio de Janeiro

Abstract

This article aims to present reflections on the field work of part of a research conducted in the city of Rio de Janeiro between 2017 and 2018 between groups of men who sexually relate to other men, exclusively without a condom - also known as “bareback” sex. The analyses developed from the work of direct observation of these groups, in a field work that raised some methodological and ethical questions that dialogue with the contemporary anthropological reflection, especially with recent studies on erotic practices and sexuality. Two particularities stand out in this research: the first was the difficulty in crossing the frontier of the obvious in the approach to the “sem capa” practice, especially in the early stages of research; the second was to think how the researcher should “situate” himself in the field. As a background, the current conservative and reactionary Brazilian context towards scientific investigations that, like this one carried out, expose certain “social risks” and that, in a

1 Doutorando em Saúde Coletiva com ênfase na saúde da Criança e da Mulher (IFF-Fiocruz).

2 Professora do Departamento de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

certain way, put in jeopardy instituted moralities that affect the individuals and their bodies.

Keywords: sexualities; body; methodology; ethnography.

Introdução

(...) aprendemos a amar diferentes culturas por serem expressões únicas da inventividade humana, e não por serem hábitos inferiores e repugnantes de selvagens. Precisamos tratar as diferentes culturas sexuais com um entendimento antropológico à altura. Gayle Rubin (2017 [1984], p.89)

Este artigo tem por objetivo apresentar reflexões sobre o trabalho de campo de parte de uma pesquisa realizada entre os anos 2017 e 2018, na cidade do Rio de Janeiro, em meio a grupos específicos de homens que se relacionam sexualmente com outros homens, praticantes exclusivamente do sexo *bareback*.

As reflexões aqui desenvolvidas têm como ponto de partida as notas que foram reunidas num diário de campo escrito ao longo do processo de pesquisa, em que foi priorizada uma observação “acompanhante” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2007, p. 94). Tais registros refletem algumas dúvidas, incômodos e indefinições que foram escritos em diversos momentos do campo e suscitaram alguns questionamentos metodológicos e éticos no processo de pesquisa. Passam, sobretudo, por uma discussão acerca dos limites que envolvem a relação entre o pesquisador e seu campo, isto é, discussão que constitui parte inseparável da produção de conhecimento na antropologia, pois envolve a problematização sempre presente a respeito de como conhecer e como se aproximar de uma certa realidade culturalmente diferente da nossa a fim de compreendê-la.

Destacam-se neste artigo dois aspectos que serão problematizados no decorrer do texto: a) a dificuldade inicial de, na abordagem da prática *bareback*, ultrapassar a fronteira do óbvio imposta pelos próprios colaboradores; e b) o desafio de “situar-se” no campo, notadamente no que concerne ao questionamento dos limites da

observação direta de interações sexuais.

Tratando-se de tema que envolve o erótico e a sexualidade homoerótica, certamente não é irrelevante lembrar o atual contexto sociopolítico que cada vez mais se desvela conservador e reacionário, sobretudo diante de investigações científicas que expõem certos “riscos sociais” e colocam em xeque regulações morais que incidem sobre o indivíduo e seu corpo. Por diversas vezes, no decorrer da pesquisa, foram ouvidos questionamentos não somente sobre a importância do tema tratado, mas igualmente sobre quais seriam as “reais” motivações em pesquisar um tema tão “incomum”, indicando dessa forma que, por si só, não consistia em um tema suficientemente digno de ser investigado. Pairou, em muitos momentos, a suspeita que havia de fato uma falsa e uma verdadeira motivação do pesquisador para frequentar aqueles ambientes; em outros termos, que o verdadeiro motivo não seria nem exato, nem exclusivamente científico, mas de uma outra ordem: “você transa com estes homens?”, “confessa, você gosta é de observar a sacanagem, né!?”, “pra que pesquisar isso?”.

Ao enfatizar justamente as dúvidas e alguns desafios encontrados na realização do trabalho de campo, o objetivo dessas notas consiste menos numa pretensão de apontar caminhos a serem seguidos por outros pesquisadores. Trata-se, em certo grau, de evidenciar algumas peculiaridades do trabalho de campo e registrar como, no âmbito desta pesquisa e naquele contexto, foram percebidas e equacionadas as formas de participação do pesquisador e as interações estabelecidas com os colaboradores no campo.

A questão central: como se situar em um ambiente em que o simples fato de estar ali já sugere e deixa pressupor aos demais presentes uma adesão e participação direta nas práticas e jogos eróticos que ali ocorrem? Se a regra generalizada observada no espaço estudado é, de fato, a da participação direta e a da inclusão nas práticas eróticas *bareback*, isto é, regra que pressupõe, em princípio, um franqueamento do acesso ao corpo do outro (que se dá, obviamente, segundo certos códigos comunicacionais próprios que sinalizam o consentimento),

entende-se que a presença do pesquisador como alguém que não participa diretamente dos jogos eróticos teve que ser negociada. Nesse processo de negociação com os colaboradores, ficaram destacadas algumas características importantes do universo *bareback*, justamente aquelas que, por sua especial relevância, foram consideradas inegociáveis pelos seus praticantes. Entre elas, a do lugar primordial ocupado pela comunicação gestual em detrimento da comunicação verbal³ nas práticas *bareback*, condição à qual o pesquisador teve, não sem alguma dificuldade, rapidamente de se adaptar. Outros itens da negociação travada com os colaboradores no campo serão melhor explorados mais adiante; o ponto a ser salientado, aqui, é que diante do fato de haver condições inegociáveis colocadas pelos adeptos do *bareback* para a aceitação do pesquisador no campo, foi necessário refletir sobre os limites e fronteiras negociáveis ou não negociáveis também para o pesquisador. O campo, como sabemos, é uma relação ou encontro marcado por especificidades e particularidades do grupo estudado e também do pesquisador⁴.

Ao encerrar o trabalho de campo, chegou-se à conclusão de que as dificuldades encontradas foram de fato muito reveladoras da complexidade do campo estudado. Devido à complexidade do fazer etnográfico – seja pelos percalços impostos pelas especificidades do campo, seja pelo desconforto que a pesquisa causou em diferentes momentos –, e justamente por conta disso, foi possível entrar em contato com questões importantes para a compreensão dos sentidos que a prática *bareback* se reveste para os seus adeptos.

“Preliminares”

Situando questões éticas e metodológicas

O desejo em desenvolver reflexões sobre o trabalho de campo de uma pesquisa sobre uma

prática sexual específica foi inspirado na leitura de trabalhos de pesquisas de autores como Camilo Braz (2012), Maria Elvira Díaz-Benítez (2010) e Victor Hugo de Souza Barreto (2017a, 2017b), e da percepção comum aos três de que a observação direta em contextos de interação sexual ainda não representa, no Brasil, um campo consolidado na antropologia (BRAZ, 2012, p. 43-44).

De modo geral, estes autores – através de suas pesquisas sobre espaços de homossocialização – observam que a maior parte das pesquisas sobre sexualidade no Brasil se baseia metodologicamente em questionários ou entrevistas formais, características, por exemplo, de pesquisas na área da saúde. Diferentemente das pesquisas antropológicas, pesquisas no campo da saúde são fortemente reguladas pela resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que instituiu uma série de orientações e normas para controlar experimentos envolvendo seres humanos. Desde outubro de 1996, essas pesquisas passam obrigatoriamente pelo crivo de comitês de ética em pesquisa às quais estes trabalhos estão vinculados antes de serem desenvolvidas efetivamente. Não há como ignorar a existência de características muito próprias da pesquisa com seres humanos na área biomédica, que não se aplicam da mesma forma na área das ciências humanas e sociais. Não há, na regulamentação da ética na pesquisa, qualquer menção a essas especificidades, como pontua Cristina Dias da Silva (2004, p.187), observando que

(...) grande parte dos termos da Resolução 196/96 versa sobre casos explicitamente referidos a pesquisas típicas da área biomédica. Considerando que os seres humanos estão presentes, mesmo que de outra forma, nos estudos de muitos pesquisadores da área de humanidades, com especial destaque para antropólogos, cujo trabalho de campo possibilita um contato face a face e constrói uma relação de interlocução com os pesquisados, é de se admirar

3 Ver, a esse respeito, Le Breton, *As paixões ordinárias* (2009), capítulo “Corpo e comunicação”.

4 Sobre as especificidades e peculiaridades do trabalho de campo e do lugar da subjetividade no fazer antropológico e no trabalho de campo, ver Seeger (1980).

que não haja nenhuma menção sobre qualquer especificidade ou ressalva para o tipo de trabalho realizado por esses profissionais.

Especialmente num campo como o estudado nesta pesquisa, são muitas as dificuldades ou mesmo impedimentos para que as regras estritas dessa regulamentação sejam efetivamente aplicadas. Isso evidentemente não elude, e tampouco esgota, a sempre necessária discussão sobre a ética na pesquisa que tem sido seriamente assumida no campo da antropologia⁵. Embora seja necessário, por sua relevância e atualidade, mencionar essa questão, a regulamentação da ética na pesquisa não será explorada neste artigo, pois isso nos afastaria da reflexão sobre os aspectos aqui privilegiados. Cabe assinalar, entretanto, que a forma da regulamentação envolve diretamente as possibilidades e condições para a realização do trabalho de campo, apresentando certamente muitas interferências e impactos na relação que se estabelece com os colaboradores e os participantes da pesquisa.

Sobre a pesquisa realizada, optou-se por uma metodologia qualitativa que considerou, entre outros aspectos: a) uma revisão bibliográfica de pesquisas sobre o sexo *bareback*; b) a análise de boletins epidemiológicos e comportamentais do Ministério da Saúde; c) uma incursão ao ambiente virtual que compreendeu a visita a fóruns de discussão e comunidades de praticantes do sexo sem preservativo⁶; e d) um trabalho etnográfico que privilegiou a observação direta de interações sexuais em diferentes ambientes e conversas informais.

Diversos aspectos orientaram a reflexão sobre o *bareback*: a impermanência dos cenários, as implicações inescapáveis no campo e os limites físicos e simbólicos com o campo, sobretudo por se tratar de uma investigação que envolve a observação direta em contextos sexuais. Assim como observado nas pesquisas de Braz (2012) e Barreto (2017b), o trabalho de campo desta pesquisa também se deparou com um ambiente

ou atmosfera em que o pesquisador, além de ser observador das interações e relações que se estabelecem entre os frequentadores habituais, é de fato, ele próprio, também objeto de negociações, e experimenta situações em que seu lugar no campo é frequentemente questionado. Isso talvez seja bastante revelador da forma como os praticantes do *bareback* procuraram assimilar a presença do pesquisador em eventos nos quais, em princípio, a figura do mero observador, ainda que com participação observante, não é comum e nem esperada.

Nesse sentido, não é necessário insistir no fato de que, nessa atmosfera erótica, a presença da figura clássica do antropólogo pesquisador, meramente observador do que ocorre à sua volta, seja vista, quando não como fortemente dissonante, no mínimo, como bastante deslocada. A pesquisa se desenvolve a partir do momento que a imagem do pesquisador é, de alguma forma, transformada para se integrar ao ambiente, seja descaracterizando o pesquisador ao assemelhá-lo a um participante qualquer, e, portanto, identificando-o a um adepto do *bareback*, seja transformando-o em uma espécie de “objeto” fetichizado. Em ambos os casos, são mudanças em que estava implicada uma operação de erotização ou de hipererotização do pesquisador, a fim de que ele pudesse, de alguma forma, ocupar um “lugar” – de frequentador habitual ou fetiche –, e estar minimamente integrado ou fazer parte de um cenário em que se respirava uma certa sexualidade homoerótica. Nesse sentido, como tentativas dos colaboradores de acolherem a presença do pesquisador tornando-a aceitável, isto é, transformando-a a fim de que não descaracterizasse o ambiente, podem ser interpretados os insistentes convites para que o pesquisador entrasse minimamente no “clima”: “Fica pelado pra gente te ver, vai!”

O que parece sinalizado é que não consideravam aceitável qualquer comportamento que pudesse evocar algum explícito alheamento ou distanciamento do que ocorria à volta; num

5 Ver a esse respeito, entre outros e em particular, Sarti e Duarte (2013).

6 Incluindo a análise de alguns conteúdos pornográficos em websites especializados em sexo *bareback*.

outro extremo, a participação direta e efetiva nos jogos e interações sexuais, embora sugerida, não se configurou em uma exigência. O que se apresentava como relevante para entrar em sintonia com o “clima” não parecia ser então exatamente uma efetiva participação do pesquisador nos jogos sexuais, mas sim o fato de que estivesse pairando no ar a possibilidade de que ela ocorresse. Em suma, os limites da participação do pesquisador no sexo *bareback* não podiam, portanto, ser encarados como definitivamente dados, mas, ao contrário, é como se devessem estar sempre indefinidos, encarados como provisórios. Poderiam ser constantemente deslocados, o que parece ser a forma específica como a presença do pesquisador foi assimilada: “(...) vai ficar só olhando? Vem aqui!”, “Tá pesquisando isso porque só quer entender ou porque gosta também?”, “Você está correndo algum risco? Está usando camisinha com eles?”, “Como você tem coragem de frequentar esses lugares?”.

Pesquisando práticas sexuais: o aporte teórico

Trabalhos etnográficos sobre sexualidade e/ou práticas sexuais não são novidade no campo da antropologia. Autores clássicos como Bronislaw Malinowski (1884-1942) e Margareth Mead (1901-1978), e pesquisadores pioneiros como Evelyn Hooker (1907-1996), Maurice Godelier, Gilbert Herdt e Robert Stoller (1924-1991) têm, no universo de suas produções científicas, importantes reflexões que auxiliam novos pesquisadores a pensar a sexualidade a partir de inúmeras perspectivas, sejam metodológicas, éticas ou epistemológicas.

Contudo, ainda que a leitura de alguns clássicos tenha sido fundamental para a aproximação com o tema, optou-se por um outro caminho. Perguntas desafiadoras, suscitadas pelo

tema da pesquisa, como: “Você está fazendo sexo com esses homens?”, “Você se identificou com eles como pesquisador?”, “Como você chega nesses lugares para observar? Fica pelado?”, nos fizeram escolher acompanhar o debate mais contemporâneo sobre as interações entre o pesquisador e o campo de pesquisas sobre sexualidade. Foram considerados como aporte os trabalhos etnográficos de Hélio Silva (2009) e Don Kullick (2008) sobre travestis, Néstor Perlongher (2008) sobre prostituição masculina, além da coletânea *Taboo* de Kullick & Willson (1995), obras que trouxeram problematizações importantíssimas e que muito contribuíram para reflexões significativas durante todas as etapas da pesquisa.

Mais recentemente, outros autores destacam-se em produções relevantes sobre práticas sexuais e espaços de produção de sentido no campo da sexualidade. Evidenciam-se, por exemplo, o conjunto de trabalhos de Maria Elvira Díaz-Benítez (2007, 2010) acerca de espaços de homossocialização (como os *darkrooms*⁷), e sobre pornografia, além de seu rigoroso trabalho na organização de coletâneas de artigos na área do gênero e sexualidade. Também devem ser mencionados os importantes trabalhos de Maria Filomena Gregori (2016) sobre o mercado erótico na contemporaneidade, bem como as produções de Bruno Zilli (2018) e Vera Lucia Marques da Silva (2018) sobre aspectos da prática do BDSM⁸. Mais especificamente, chama-se atenção para a pesquisa de Tedson Souza (2012) sobre a prática de sexo anônimo em banheiros – também conhecida como “banheirão”. Essa pesquisa de Souza, inspirada nas investigações pioneiras de Humphreys (1970) e realizada na cidade de Salvador (Bahia), analisa as interações sexuais em banheiros públicos masculinos, levando em consideração marcadores sociais da diferença como raça, classe, idade etc.

7 Ver mais em Díaz-Benítez (2007). *Darkrooms* são espaços físicos dentro de boates e clubes onde há interação sexual anônima e fugaz com pouca ou nenhuma iluminação.

8 Na apresentação de sua obra, Silva indica que o significado desse acrônimo deve ser considerado em pares, uma vez que cada par se refere a práticas que se implicam, ou seja, BD significa *Bondage* e *Disciplina*, DS, *Dominação* e *Submissão*; e SM, *Sadomasoquismo*.

Um rápido panorama sobre pesquisas acerca do sexo *bareback*

A pesquisa sobre o sexo *bareback* entre homens na cidade do Rio de Janeiro foi inicialmente pensada como uma investigação que compreenderia uma revisão bibliográfica e documental, além de considerar uma etnografia virtual⁹ sobre o tema.

De modo geral, há na internet uma vasta produção cultural que compreende não apenas conteúdo pornográfico diverso, mas documentários e reportagens sobre o sexo *bareback* no mundo, além de interessantes debates sobre novas tecnologias de prevenção, como por exemplo a Profilaxia Pré-exposição (PrEP), oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde dezembro de 2017, o risco e o prazer em contextos de prevenção (BEZERRA et SILVA, 2019). Esses debates são amplamente desenvolvidos através de redes sociais como o *Facebook* – comunidades específicas de acesso público, grupos de discussão no aplicativo *Whatsapp*, ou redes virtuais de homossocialização como o *Grindr* e *Hornet*¹⁰, o que muito dinamiza o processo de pesquisa.

No âmbito das pesquisas acadêmicas sobre o *bareback*, alguns pesquisadores brasileiros e norte-americanos de diversas áreas do conhecimento dedicaram-se ao assunto. O levantamento bibliográfico de estudos científicos sobre o sexo *bareback* no Brasil considerou a base Scielo e a BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (Medline, Lilacs, Wholis, Paho), e resultou num total de sete trabalhos, todos circunscritos ao campo da saúde pública. A maior parte das pesquisas identificadas encontra-se no campo da saúde pública/coletiva, e mais especificamente sobre como novas tecnologias de prevenção, como a profilaxia pós-exposição (PrEP), representam

respostas às demandas de uma população que assume o uso irregular do preservativo. Em outros casos, as pesquisas abordam como a prática é tratada pela mídia – expondo aspectos que aprofundam o estigma sobre a prática e seus adeptos. Em grande parte dos casos, termos como “desprotegido” e “arriscado” assumem protagonismo nas investigações.

O levantamento bibliográfico indica que a subjetividade envolvida na prática de sexo *bareback* muitas vezes passa ao largo em pesquisas que tratam mais especificamente da relação entre o aumento nos índices de novas infecções pelo vírus HIV e IST's devido ao uso irregular do preservativo. Em outros casos, boa parte das investigações centraram-se nos desafios enfrentados pelas políticas públicas no que tange à eficácia dos métodos de prevenção e tratamentos contra o vírus da imunodeficiência (HIV) atualmente oferecidos pelo SUS¹¹, numa ótica que articula as Ciências Sociais e a Saúde Coletiva, o mesmo referencial do qual se servem tanto este artigo quanto a pesquisa que lhe deu origem.

Também se observa, sobre o tema, uma hegemonia dos estudos norte-americanos. O levantamento de artigos publicados na América do Norte encontrou muitas investigações específicas sobre a prática de sexo *bareback*, especialmente em pesquisas no campo da saúde pública/coletiva, antropologia urbana ou da saúde nos Estados Unidos e Canadá. De modo geral, são trabalhos desenvolvidos na primeira década dos anos 2000, que abordam os impactos e as transformações no comportamento sexual nas eras pré e pós-AIDS, e debatem mais diretamente a prática do sexo sem preservativo¹².

A partir de março de 2017 teve início a pesquisa orientada por uma questão sobre a prática de sexo *bareback*: a despeito dos

9 Uma discussão sobre pesquisas no ambiente virtual é efetuada por Hine (2004), Santos & Gomes (2013), e mais detalhadamente explorada na dissertação.

10 Aplicativos para smartphones que funcionam com o princípio de geolocalização para socialização entre homens.

11 Destacam-se pesquisadores como Luís Augusto Vasconcelos da Silva, Jorge Alberto Bernstein Iriart, Edgard Felberg, Paulo Sérgio Rodrigues de Paula, Inês Dourado, Veriano de Souza Terto Jr, Ivia Maksud, Nilo Martinez Fernandes e Sandra Lucia Filgueiras.

12 Destacam-se os pesquisadores Étienne Meunier, Jeffrey Escoffier, Tim Dean e Michael Shernoff.

“riscos” envolvidos à saúde, o que levaria alguns homens que fazem sexo com homens optarem, deliberadamente, pela prática do sexo *bareback*? Desse modo, realizar uma etnografia sobre o sexo *bareback* entre homens na cidade do Rio de Janeiro mostrou-se um empreendimento complexo e desafiador. A seguir, a partir das experiências no campo de pesquisa, expõem-se duas particularidades do processo de pesquisa: a dificuldade em ultrapassar as barreiras do “óbvio” e a importância de “situar-se” no campo.

Observando o campo *bareback*

“Mas isso é óbvio, né!?”: um primeiro problema

Até o mês de maio de 2017, nenhum ou pouco vínculo havia sido estabelecido com o campo. A pesquisa inicialmente focou em documentos, artigos e interações on-line superficiais através de contatos esporádicos com praticantes de sexo *bareback* em redes sociais virtuais como o *Grindr* ou *Scruff* – aplicativos dedicados a socialização e encontros (sexuais ou não) entre homens (MISKOLCI, 2017).

Enquanto a pesquisa esteve limitada às interações observadas em um cinema da região central da cidade de frequência predominantemente masculina e que exhibe exclusivamente filmes pornográficos, havia apenas uma estranha certeza sobre o que acontecia diante dos olhos de qualquer um que decidisse pesquisar o sexo *bareback*: pairava uma desconcertante obviedade na desordem dos corpos – interagindo sexualmente. Durante os primeiros meses de observação, foi inútil o apoio somente em teorias, esperar os porquês e descobrir verdades se desvelarem facilmente. Se Rubin (2017, p.63) indica que chegou a hora de “pensar sobre o sexo”, percebeu-se, ao descrever esse percurso, que para pensar sobre o sexo do “outro”, seguindo a sugestão de Kulick (1995,

p.1-28), era preciso mergulhar no oceano dos homens praticantes do sexo *bareback* – e para isso não havia nenhum manual.

Um primeiro dilema encontra-se na frase que permeou os encontros iniciais com a rede de colaboradores: “Mas Vladimir, o que você quer saber sobre o *bare*¹³? É o pau sem borracha, pele com a pele... só isso, não sei se vou poder te ajudar!”. Por três meses consecutivos, o incômodo com a expressão “é só isso!”, ouvida dos adeptos do *bareback*, dominou as discussões travadas durante as reuniões de orientação da pesquisa. Por que o *bareback* era considerado por seus praticantes tão óbvio assim? De fato, faltava o contexto que explicava aquele texto ou narrativa que laconicamente insistia – “é só isso” – e era isso justamente que devia ser investigado.

Contudo, observou-se com o decorrer dos meses e uma certa magnitude do campo que havia uma rede de adeptos do *bare* que promovia encontros, festas, iniciativas que iam muito além de certos espaços comerciais em que essa prática também ocorre, embora não de forma exclusiva. Após algum tempo de observações que não produziam uma comunicação efetiva, o próprio campo de pesquisa se encarregou de evidenciar que uma melhor aproximação exigia que o pesquisador se “misturasse” mais, especialmente através de estabelecimento de laços mais efetivos com alguns homens. Somente assim foi possível conhecer mais de perto o amplo espectro do universo do sexo *bareback*, inacessível sem relacionamentos de confiança. Para estabelecer essa confiança, foram exigidos não somente o dispêndio de algum tempo, mas, sobretudo, a comprovação pelo grupo do preenchimento de certos requisitos.

Esta percepção faz eco às reflexões de Roberto DaMatta (2010, p.174-175) sobre o trabalho de campo como um “rito de passagem”, em que o antropólogo realiza uma “viagem para um outro universo social”. Foi a partir de certa disponibilidade para efetuar essa “viagem”, e

13 *Bare* é abreviação para *bareback*; expressão muito utilizada pelos praticantes para indicar o sexo sem preservativo. Outras expressões utilizadas são: “sem capa”, “sem borracha” ou “na pele”, termos que são mais bem explorados na dissertação.

certamente da disponibilidade daqueles com quem entrei em contato, que por volta de agosto de 2017 uma ampla rede de colaboradores se consolidou, rede que foi fundamental para a conclusão da pesquisa em dezembro de 2018. O “misturar-se”, portanto, foi essencial para que a fronteira do óbvio pudesse – em algum grau – ser ultrapassada. O “óbvio” era, na verdade, um convite, sem necessariamente estar acompanhado de um mapa ou de um manual de procedimentos para aprofundamentos. É possível ir além e desenhar um mapa ou roteiro próprio, levando a fundo a sugestão de DaMatta (2010, p.169) quando indica que todo antropólogo realiza (ou tenta realizar) o seu próprio “repensar a antropologia”, postura que – como nos revelou explicitamente Edmund Leach (1974) – é uma tarefa absolutamente fundamental para o bom desenvolvimento da disciplina.

Ao voltar o olhar para o processo inicial da pesquisa, também é possível entender que seus avanços – especialmente a atitude de ultrapassar a obviedade que era oferecida – foram possíveis através do que Gilberto Velho (2011) chama de “convivência”, atitude que possibilitaria ao pesquisador alcançar o que o autor entende como a “complexidade dos indivíduos e das relações sociais” (VELHO, 2011, p.173). Explica-se: havia inicialmente uma preocupação muito presente sobre se era de fato verdadeiro o que alguns homens contavam nas conversas informais. O que chamava a atenção era que, entre o que diziam nas conversas sobre suas práticas sexuais e como efetivamente participavam dessas práticas nas reuniões privadas, havia um vão abissal, questão com a qual a pesquisa lidava cotidianamente. “Pra chupar pau, eu primeiro vejo se tem alguma marca, se está escorrendo algum líquido fedorento...se tem alguma ferida, não é qualquer pau que eu chupo!” (conversa informal); contudo, ao acompanhar o mesmo colaborador em uma tarde de “pegação”¹⁴, seu comportamento mostrou o oposto do que havia dito.

Certamente que a discrepância entre o dizer

e o fazer dos sujeitos investigados constitui aspectos significativos do campo, pois permite problematizar inúmeras questões, entre elas a de refletir sobre a identidade que é por eles atribuída ao pesquisador (no caso, perguntar-se porque preferiram mentir ao invés de falar a verdade, mesmo que não tenham consciência disso); possibilita, também, se interrogar a respeito das expectativas que o sujeito pesquisado projeta no pesquisador e talvez, a partir daí, interpretar porque colaboraram com a pesquisa. Todas são questões que, como observou Seeger (1980), devem sempre informar a reflexão do pesquisador sobre a sua inserção no campo. No universo *bareback* estudado, há certamente que se levar em conta o fato de se tratar de sujeitos sobre os quais pesa de forma recorrente o estigma da “promiscuidade” sexual e de pertencerem ao que ficou conhecido como “grupo de risco”. Não é, portanto, descabido supor que, principalmente nos contatos iniciais com o pesquisador, tenham preferido se distanciar do estigma de “promiscuidade”, preferindo indicar que assumiam um comportamento sexual mais em consonância com o que seria um protocolo de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Mas era outra a questão que nesse momento inicial da pesquisa chamava a atenção: o que era verdade, afinal? E para alcançá-la, o que seria preciso? Ao problematizar o termo “verdade”, Michel Agier (2015) observa que, no encontro etnográfico, a questão da verdade está no centro da reflexão sobre o testemunho. Para esse autor, as interações observadas e destacadas na etnografia não buscariam produzir “verdades” homogêneas, mas sim compreender o mundo – tal como sugere – utilizando-se de momentos ou encontros que descrevem como um determinado grupo social constrói o que seria uma “verdade coletiva”, num determinado tempo, em constante movimento.

Da mesma forma, as reflexões de Valter Sinder não apenas sobre a verdade, mas sobre a relação entre a verdade e o envolvimento do sujeito na

14 Trata-se de termo usado para referir-se ao flerte e à atividade sexual anônima em espaços de homossocialização.

história (a experiência e a realidade) serviram de bússola:

(...) que relações estabelecer entre a experiência e a realidade, entre descrição, construção, amilase, interpretação, enfim, entre o ritmo do narrador, da narrativa, daquilo que é narrado, e, finalmente, do leitor da narrativa? A inevitabilidade de nosso envolvimento na história aponta para o fato de que o que quer que possamos ter da verdade não será obtido apesar de nossa situação histórica, mas graças a ela. (1995, p.292)

Para que se pudesse caminhar adiante no fazer etnográfico, na tentativa de lidar com o “óbvio”, pensou-se o termo “verdade” como uma construção impermanente, imprevisível e por vezes, ao analisar as interações em grupo, também coletiva; verdade como o resultado daqueles encontros, naqueles contextos, num tempo particular do grupo – também específico (SEEGER, 1980).

As observações de Georges Bataille sobre o erotismo também foram fundamentais para entender que, por trás da desordem aparente, havia uma complexidade à qual eu mesmo deveria me implicar¹⁵. Além disso, na tentativa de ultrapassar o óbvio, também foi importante a influência do pensamento de DaMatta (1978, 1981, 1997, 2010). Considerando que o dinamismo do fazer etnografia reside na assertiva de que a cultura é “uma resposta externa”, “não determinada” (DAMATTA, 2010, p.37), isto é, na consciência de que “(...) apenas podemos dizer que o homem deverá responder, mas não podemos prever efetivamente como será essa resposta” (DAMATTA, 2010, p.37), no decorrer de 2017 iniciou-se o trabalho de campo. Frequentando alguns estabelecimentos comerciais onde a prática sexual entre homens era permitida, conversando informalmente com praticantes de *bareback* em contextos que não envolviam atividade sexual (encontros em bares, cafés, festas) e fazendo parte de algumas redes

privadas dedicadas ao sexo *bareback*, deu-se a busca por material que permitisse uma “descrição densa – tipicamente antropológica”, tal qual proposta por Geertz (1978) e DaMatta (1978, p.11). Uma descrição densa só seria possível a partir de uma outra habilidade: a de se situar no campo.

O “situar-se” no campo

“Vai ter que tirar a roupa... nem que seja só pra olhar” (Diário de campo, maio, 2017)

À medida que algumas barreiras iniciais da pesquisa se romperam, certas tensões do campo de pesquisa foram mais bem evidenciadas. Destaca-se, neste segmento, o desafio de se situar no campo – os incômodos em estabelecer os limites físicos e simbólicos ao pesquisador, os contextos aos quais ele tem acesso, e às pessoas com quem pesquisadores vem a conviver. Sobre esse incômodo, Don Kulick (1995, p.1-28) diz que

(...) no nível das interações individuais, especialmente aquelas que ocorrem entre pessoas não familiarizadas com os backgrounds culturais e sociais de outros indivíduos, disparidades nos significados e práticas consideradas como sexuais podem gerar certa tensão no campo (1995, p.7).

Kulick indica que “protegida pelos mitos da objetividade, práticas textuais modernas e puritanismo” (1995, p.3-4) a pesquisa sobre práticas sexuais expõe em certo grau a dificuldade do pesquisador em expressar sua própria subjetividade e a importância de sua presença no trabalho de campo. Isso cria o que Esther Newton denomina “buraco negro”, o que transforma em muitos casos o antropólogo em um “não objeto” (1993, p.4). Sobre esta questão, diz DaMatta (2010, p.180), trata-se de

(...) um modo de não assumir o lado humano da disciplina, com um temor infantil de revelar o

15 Diz o autor: “(...) o erotismo é no seu todo uma atividade organizada, e é na medida em que é organizado que ele muda através do tempo” (Bataille, 1987, p.101).

quanto vai de subjetivo nas pesquisas de campo, temor esse que é tanto maior quanto mais voltado está o etnólogo para uma idealização do rigor nas disciplinas sociais. Numa palavra, é um modo de não assumir o ofício de etnólogo integralmente, é o medo de sentir o que a dra. Jean Carter denominou (...), os *anthopological blues*.

A soma dessas inquietações trouxe duas perguntas imediatas: como “situar-se” no campo? Quais seriam os limites da observação participante no caso de uma pesquisa sobre uma prática sexual?

A leitura das etnografias de Hélio Silva (2007, 1993) e de Don Kulick (2008) entre travestis no contexto brasileiro mostrou-se muito inspiradora. Segundo as reflexões de Silva (2007, 1993), uma etnografia se forjaria a partir da articulação simultânea de três atitudes: o situar, o observar, e o descrever. Ainda para o autor, em seu artigo “A situação etnográfica: andar e ver” (2009), além de ser uma “incógnita”, por se tratar de uma experiência dinâmica, as observações etnográficas não poderiam ser um “acúmulo de miudezas” estáticas, como um “quadro no museu” – que contemplamos de uma determinada distância; ao pesquisador caberia observar a partir “das entranhas” do que ele deseja investigar (Silva, 2009, p.174). Com isso, Silva indica que a etnografia representaria uma espécie de *travelling* (assim como DaMatta), ou percursos permeados pelo estreitamento dos laços nas interações estabelecidas durante as situações imprevisíveis que o campo pode oferecer.

Estas reflexões fazem uma espécie de ponte entre a “convivência” assinalada por Velho discutida anteriormente, e uma certa “intimidade” que se conquista à medida que o pesquisador melhor se “mistura” em seu campo de pesquisa.

“(...) e sexo? Pode?”

A iniciação enquanto pesquisador no campo foi literalmente confirmada numa noite em que o pesquisador, após alguns breves contatos iniciais, foi convidado a se juntar a doze adeptos do *bareback* numa mesa de bar da região central do Rio de Janeiro. Segue a transcrição daquele encontro tal qual foi rascunhada no caderno de campo, naquela mesma madrugada, ao chegar em casa após deixar grupo:

Encontrei-me na Lapa com um grupo com o qual havia estabelecido bom contato, eram 23h, e conseguimos uma mesa em um animado bar; um dos homens do grupo gritou: “a mesa de calçada é melhor, pegação é na calçada!” Era um grupo de 12 homens. E., um de meus colaboradores, e um dos idealizadores do encontro, estava atrasado. Às 23h30 chegou, sorrindo e se justificando: “desculpa gente, eu estava no banheiro do McDonald’s chupando um pau *deeeeste*¹⁶ tamanho... chupei até ele gozar tudo na minha boca... agora que me alimentei tô pronto, que comece a noite!”; em seguida sentou-se ao meu lado e pediu um gole de minha água com gás. Paralisei automaticamente. Pensei se compartilharíamos a mesma garrafa. Hesitei por alguns segundos, mas passei-lhe a água e finalmente falei: “pode matar” – me referindo ao conteúdo, indicando que ele poderia bebê-lo todo. Rapidamente, E., ao me devolver a garrafa, retrucou: “mata você”, sorrindo. Após mais dois segundos, pensando se eu beberia da mesma garrafa ou não, optei por beber, não apenas um gole, mas todo o restante da água contida ali. Um grande barulho irrompeu no bar. Mãos batiam fortemente à mesa. Todos os 12 homens gritavam em uníssono: “boqueteiro¹⁷, boqueteiro, boqueteiro”. Tanta tensão daqueles dois infinitos segundos para decidir se eu beberia da mesma garrafa de E. – ou não – me fez incapaz de perceber que haviam planejado uma “prova”, um “teste”. Beber do mesmo recipiente de

16 Fazendo um gesto com as mãos que indicava um pênis de tamanho avantajado.

17 A expressão “boqueteiro” deriva da palavra “boquete”. Segundo o dicionário Houaiss (2009, p.312), boquete refere-se à ação de excitar o pênis com a boca. Sinônimo de felação. Segundo o dicionário (In)formal, o “boqueteiro” é “Aquele que pratica sexo oral em homem”. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/boqueteiro/>. Acesso em: 15 abril 2019.

E. foi uma espécie de “visto de entrada”. Mais tarde, durante aquela madrugada, em tom descontraído, me falaram: “Você encarou o *nojo* e o medo, já não é tão *puro* assim”¹⁸. Naquela noite, confessaram que não haveria a tal “festa do vale tudo”, ainda que a festa de fato exista e seja concorridíssima entre muitos homens com quem pude conviver¹⁹. (nota do diário de campo, 2017)

Aquela foi uma noite não apenas de rito que me situou simbolicamente frente ao grupo, mas de histórias, passagens. Era aniversário de um dos homens à mesa, uma reunião regada à cerveja, pegação e risadas, que muito poderia revelar sobre aqueles homens. As reuniões sociais regulares daquele e de outros grupos dos quais posteriormente foi possível participar, proporcionaram conhecer aspectos mais amplos das vidas dos homens colaboradores desse estudo, o que foi fundamental para o andamento da pesquisa.

A prova a que o grupo submeteu o pesquisador, conforme elucidou um dos participantes, tratava-se de testar a capacidade de quem pesquisa de suportar o “nojo” e o “medo”, temas que certamente se relacionam com a “sujeira”. Como observou Mary Douglas (2012), a ideia de sujeira está associada ao cuidado com a higiene e ao respeito às convenções; a reflexão sobre o que é sujo “envolve reflexão sobre a relação entre a ordem e a desordem, ser e não ser, forma e não forma, vida e morte” (DOUGLAS, 2012, p.13-14). Quando se indica o quanto a sujeira em diversos contextos incomodou, é possível pensar na força de coerção do poder disciplinar sobre os corpos modernos. A partir da leitura de Douglas, foi possível compreender que o incômodo gerado pela sujeira – nos contextos visitados – não representou um elemento ameaçador ou irracional, mas um dispositivo sutil organizador do pensamento: “é um movimento criativo, um esforço para relacionar forma e função, fazer

da experiência uma unidade. (...) rituais de pureza e impureza criam unidade na experiência (...) através deles os padrões simbólicos são executados e publicamente manifestados”.

A partir daí, sendo capazes de permitir um intercâmbio de “presença” entre pesquisador e campo, e sendo autorizado a fazer parte de suas vidas em certo nível, o pesquisador passou a figurar em alguns grupos de redes sociais digitais dedicados a organizar festas de sexo *bareback*. Tinha acesso a convites regulares – ou para eventos sem relação direta com a prática sexual – como idas a bares, reuniões comemorativas ou praia, por exemplo, ou para acontecimentos privados exclusivamente organizados para o sexo *bareback*. A cada quinzena, novos encontros e mais pistas importantes surgiam para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao contrário do que indica Ralph Bolton (1995, p.150), que defende a ideia de que o envolvimento sexual com colaboradores de pesquisa é fator decisivo para o desenvolvimento de uma certa “intimidade” necessária à aventura antropológica, optou-se por um trabalho de campo que priorizou colocar em suspenso tudo o que era “familiar” ou “exótico” demais – tomando emprestado as expressões de DaMatta (2010), evitando o que Braz (2012, p. 46) considera ser uma “generalização problemática” efetuada por Bolton. Na visão de Braz, Bolton parte da premissa que dentro das chamadas “comunidades gays” o sexo é algo fundamental, o que o levaria a concluir que entre homens gays o sexo seria a via de acesso privilegiada que permitiria o estabelecimento da intimidade, fundamental para a aventura antropológica. Não que Bolton não traga boas reflexões e provocações para o debate, o que é reconhecido por Braz. Também influenciado pelas reflexões de Díaz-Benítez (2008) sobre a interação e práticas de sexo casual no *darkroom* de uma boate, Braz considera que

18 Meu grifo. Os dois termos destacados passaram a povoar meu pensamento no trabalho de campo; “nojo” e “puro” são expressões que serão oportunamente problematizadas no decorrer do trabalho.

19 Os organizadores mantem um *website*, mas optou-se por omitir e trocar iniciais dos nomes das festas privadas a que tive acesso, de modo a garantir o anonimato dos colaboradores. Disponível em: <http://festadovaletodo.blogspot.com/>. Acesso em: 31 ago 2019.

se a prática do/a antropólogo/a durante o trabalho de campo ou o envolvimento afetivo-sexual com sujeitos de pesquisa e a análise das suas implicações para a negociação e a construção da interpretação são boas oportunidades para questionar certas premissas antropológicas, a postulação da necessidade de praticar sexo em campo para compreendê-lo ou interpretá-lo antropológicamente não deixa de ser problemática e o seu questionamento pode ser igualmente instigante para a constituição da reflexividade (2012, p.47).

Ainda que em diversos momentos, ao observar diretamente ambientes carregados de erotismo, o observador tenha sido transformado por inúmeros colaboradores numa espécie de “objeto” – como em passagens do tipo: “(...) é casado e gosta de me ver dando o cu, né!? Safado! Adoro homem casado e safado!”, ou ainda: “tira essa calça, bota o pau pra fora e deixa eu te ver melhor” – foi possível refletir que a ‘intimidade’ necessária para a obtenção de informação estava muito mais ligada à conquista de uma convivência com o grupo, do que na relação sexual direta entre pesquisador e colaboradores. “Segura a câmera e filma a porra toda pra gente assistir depois”, essa foi uma frase sussurrada por um dos colaboradores em uma ocasião, ao pé do ouvido, durante uma interação em que foi negociada a observação durante uma reunião específica: “só assiste se estiver nu!”. O “ver depois” e “te ver melhor” representam, em certa medida, a possibilidade de criar oportunidades de avanços para a pesquisa, e consequentemente o que DaMatta (2010, p.194) denomina “descoberta etnográfica”, a descoberta do funcionamento de uma instituição, a compreensão de uma regra antes obscura.

O caminho percorrido e os laços estabelecidos com os colaboradores indicam que o conjunto dessas experiências foi suficiente para compreender uma série de nuances do universo do sexo *bareback*, sem necessariamente manter um contato físico sexual direto com os colaboradores da pesquisa. Após alguns meses se voltou ao cinema e ao *sexshop* onde teve início

o trabalho de campo, e cruzar apressadamente os limites que separavam “público” e “privado” já era suficiente para perceber uma certa regulação ou ordem na aparente desordem de corpos que transitavam pelo entra e sai das cabines, *darkrooms*, banheiros do cinema, quartos de hotéis e apartamentos onde presenciou-se um grande número de práticas do universo do sexo *bareback*. Foi possível observar corpos que perdiam a neutralidade cotidiana ou “docilidade” requisitada pela norma social para instituírem novas normas.

Foram muitas as vezes em que, diante das consequências de algumas práticas sexuais, foi preferível se retirar da cena. Algumas vezes discretamente, em outros momentos sem conseguir disfarçar o desconforto, como por exemplo quando se presenciou cenas do contato direto entre fezes e a boca, a ingestão de fluidos corporais, e a violência consentida – como a prática de espancamento, ou sufocamento durante o ato sexual. Sobre esses momentos, em que permanecer observando as interações revelou-se insuportável, foi inspiradora a leitura das considerações de Mary Douglas (2012, p.11-17) na introdução de *Pureza e Perigo*, que menciona a existência de crenças que um sexo pode representar um perigo para o outro através do contato com fluidos sexuais. Olhando para determinadas experiências, pode-se sugerir que a repulsa em muitos momentos pode representar, como observou Douglas (2012, p.14), uma “simetria” ou “hierarquia” de determinados padrões sexuais realizada pelo próprio pesquisador. Nas suas palavras:

não é plausível interpretá-los como expressão de alguma coisa sobre a relação real dos sexos. Sugiro que muitas ideias sobre perigos sexuais são melhor interpretadas como símbolos da relação entre as partes da sociedade, como reflexos de projetos de simetria ou hierarquia que se aplicam ao sistema social mais amplo. (...) Os dois sexos podem servir como um modelo para a colaboração e distinção de unidades sociais. (DOUGLAS, 2012, p.11)

O *bareback* é uma prática sexual em que

se estabelece uma nítida marcação espacial e simbólica: por um lado, ocorre exclusivamente entre homens, isto é, há na prática *bareback* uma absoluta ausência de mulheres, que sequer comparecem a esses espaços, que são exclusivamente masculinos; o contato sexual que é estabelecido entre os homens praticantes do *bareback*, por outro lado, não só valoriza enormemente o contato direto pele com pele entre homens – ocorre “sem capa” – como ritualiza a livre circulação do esperma entre todos os participantes, fluido corporal masculino que é também ritualmente ingerido e designado como o “leitinho” que alimenta. A circulação do esperma no *bareback* ocupa um lugar de destaque: todos os participantes são doadores e consumidores/receptores. O relacionamento considerado ideal é aquele em que nada se interponha ou impeça a circulação incessante dos fluidos que se misturam e, atravessando todos os corpos, produzem uma simetria entre os homens, efeito para cuja produção a exclusão das mulheres reitera.

As experiências de “mistura” que parecem representar simetria entre os homens também se configuraram fundamentais sob outros aspectos. Permitiram refletir sobre um corpo – o corpo na experiência *bareback* – que não apenas “testa seus limites”, mas que se utiliza da noção de “limite” (exterior/interior, de dor, por exemplo) como meio para um objetivo maior – o prazer. Há aí um certo borramento da noção de fronteira desse limite, especialmente quando se coloca em jogo o choque entre a subjetividade do pesquisador e a de seus colaboradores: “O que é prazer para aquele homem, é repulsa pra mim? E se é repulsa pra mim, por que o é?”

Esse aspecto parece se aprofundar quando se infere que, independente de qual contexto de homossexualização visitado esteja sendo mencionado, há nas interações uma grande importância conferida aos sentidos tátil e visual. Olhares e gestos ganhavam o status de ritual que poderia ensejar ou anular interações, o sêmen na pele representando sempre a “prova” irrefutável de um sexo “pra valer”.

Em uma tarde de observações em um cinema, houve uma abordagem por um homem que silenciosamente segurava seu pênis ereto com uma das mãos e olhava para mim, dando a entender que me convidava a praticar nele sexo oral. Naquele momento, me senti impelido a fazer uma pergunta direta: “você é garoto de programa?”; naquele momento o homem automaticamente encerrou toda a possibilidade de um contato maior, desaparecendo no escuro do cinema (nota do diário de campo, dezembro de 2017).

Como bem pontua Díaz-Benítez (2007, p.93-94) em seu artigo “*Dark Room* aqui: um ritual de escuridão e silêncio”, ainda que o *mainstream* antropológico evidencie uma tendência a valorar o referencial falado, a pesquisa da autora a estimulou desafiar a preeminência do que é falado na análise de rituais que privilegiam o silêncio. Nas interrogações da autora, “como ‘o povo’ do *darkroom* orienta sua experiência a partir do silêncio? Qual a relação entre o silêncio e os significados culturais da interação na escuridão? Como fazer etnografia no e do silêncio?” (2007, p.94).

Estes mesmos questionamentos de Díaz-Benítez se aplicam a muitos momentos do trabalho de campo realizado no *bareback*. No decorrer da pesquisa, foi possível aprender, mês a mês, as regras que organizam as interações nesses contextos; como aponta a autora (2007, p.96) sobre o *darkroom*: “os contatos começam com os toques, no ato de apalpar e se deixar ser apalpado pelos outros”. De maneira não verbal, mas tátil e visual, é sinalizada a evitação ou o consentimento, assimila-se razoavelmente a forma comunicacional adequada para permitir ser acariciado ou impedir uma carícia, evidenciando que um olhar pode ser “um método mais eficaz que as palavras para começar ou terminar uma aproximação” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2007, p.96). Nessa mesma ótica, pontua Barreto (2017b, p.147) que a linguagem do corpo e dos sentidos valorizada e elaborada nesses espaços compõe um vocabulário próprio que se faz necessário apreender e saber fazer uso para que se obtenha sucesso nas interações e para que se evitem as

gafes e alguns conflitos.

De modo a encaminhar a discussão para considerações finais, destaca-se que se discutiu até aqui a importância do “situar-se em campo”, o que também inclui – como propõe DaMatta (2010, p.194-199) – a ideia de que durante o percurso da etnografia nunca se está só; pelo contrário, o fazer etnográfico desta pesquisa sobre o sexo sem preservativo mostrou de maneira crítica que “(...) é preciso relacionar-se (...)” (DaMatta, 2010, p.196), e para isso a apreensão daquela linguagem específica foi fundamental. Este relacionar-se é um movimento dinâmico, uma vez que após efetuar esses deslocamentos, “(...) o etnólogo é remetido para o seu mundo e, deste modo, isola-se novamente”, talvez agora acompanhado também do que carregou para o universo que lhe é familiar daquele outro contexto social que pesquisou.

Considerações finais

Este artigo teve por objetivo apresentar algumas reflexões sobre o trabalho de campo de parte de uma pesquisa realizada em meio a grupos específicos de homens que se relacionam sexualmente com outros homens, que praticam exclusivamente o sexo *bareback*.

Destacaram-se dois aspectos: a dificuldade, nos estágios iniciais da pesquisa, em ultrapassar a fronteira do óbvio imposta pelos próprios colaboradores, e o desafio e a importância de “situar-se” no campo, de modo a possibilitar que o campo pudesse revelar descobertas etnográficas relevantes para a pesquisa. Evidenciou-se, através da discussão, que a obviedade, mais que um empecilho, pode funcionar como um convite ao desenvolvimento da pesquisa; talvez porque o trabalho do etnólogo resida – entre outras possibilidades – no exercício de transformar o que é “familiar” em “exótico”, e o que é “exótico” em “familiar”. Também se apontou para a importância de uma convivência e o estabelecimento de uma certa intimidade com o campo de pesquisa, que também faz parte do “situar-se no campo”. Esta atitude foi fundamental para entender algumas das características do universo *bareback* que

extrapolam ou vão além de alguns rótulos comumente aplicados a seus adeptos.

Aqui, admite-se que após alguns meses do campo finalizado, tem restado uma certa nostalgia desse confrontar de subjetividades, do encontro com aquelas pessoas, e da participação possível – para o pesquisador e para os colaboradores adeptos do *bareback* – naquela “mistura” ritualizada atualizada a cada ida ao campo. Também se entende que ao pesquisador que retorna ao seu universo social após algum tempo fora de seu contexto só resta (re)sentir ou rememorar, elaborar, e em alguns momentos falar de certas experiências que o campo proporcionou. Certamente experiências que promoveram mudanças e ampliaram entendimentos, mas que não se esgotam ao final do trabalho de campo.

Referências bibliográficas

BATAILLE, G. *O Erotismo*. Porto Alegre: L&PM, [1956]1987.

BARRETO, V. H. S. *Festas de orgias para homens*. Salvador: Devires, 2017a.

_____. *Vamos fazer uma sacanagem gostosa? Uma etnografia da prostituição masculina carioca*. Niterói: Eduff, 2017b.

BEZERRA, Vladimir. “Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV”. In: CSOnline UFJF – *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, Juiz de Fora, n.23, p.140-160, 2017. Disponível em: <https://csonline.ufjf.emnuvens.com.br/csonline/article/view/2764>. Acesso em: 29 jun 2019.

_____. O sexo ‘na pele’: sentidos do corpo e da pele na experiência *bareback* entre homens na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.cis.puc-rio.br/index.php/posgraduacao/mestrado/bancodissertacoes>. Acesso em: 20 abr 2019.

- BEZERRA, Vladimir; SILVA, Vera Lucia Marques da. *Bareback, Risco e Prazer na perspectiva de usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV: um estudo etnográfico*. In: Thiago Oliveira; Helder Thiago Maia (Orgs). *Práticas sexuais: itinerários, possibilidades e limites de pesquisa*. Salvador: Devires, 2019.
- BRAZ, C. *À meia luz: uma etnografia em clubes de sexo masculinos*. Goiânia: UFG, 2012.
- DAMATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- _____. "O ofício do etnólogo, ou como ter o *anthropological blues*". In: Boletim do Museu Nacional. Nova Série. Antropologia, Rio de Janeiro, n.27, 1978. Disponível em: http://www.ppgasmn-ufRJ.com/uploads/2/7/2/8/27281669/boletim_do_museu_nacional_27.pdf. Acesso em: 20 mai 2017.
- _____. *Relativizando: uma introdução à Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.
- _____. "Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina". In: CALDAS, D. (Org.) *Homens*. São Paulo: Editora Senac, 1997.
- DE PAULA, P. S. R. *Barebacking sex: a roleta russa da AIDS?* Rio de Janeiro: Multifoco, 2010.
- DÍAZ-BENÍTEZ, M. E. *Nas redes do sexo: os bastidores do pornô brasileiro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- _____. "Dark Room aqui: um ritual de escuridão e silêncio". In: *Cadernos de Campo*, São Paulo, v.16, n.16, p.93-112, mar 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/49990>. Acesso em: 30 jun 2018.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 2012.
- DOURADO, I. et al. "Revisitando o uso do preservativo no Brasil". In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.18, supl.1, p.63-88, set 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 set 2019.
- FELBERG, E. *O sexo nu: bareback e outras reflexões*. Curitiba: Appris, 2015.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GREGORI, M. F. *Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- HINE, C. *Etnografia Virtual*. Barcelona: U.O.C, 2004.
- HUMPHREYS, L. *Tearoom trade: impersonal sex on public places*. Chicago: Aldine, 1970.
- KULICK, D.; WILLSON, M. *Taboo: Sex, Identity and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork*. New York; London: Routledge, 1995.
- KULICK, D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- LE BRETON, David. *As paixões ordinárias*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. "Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde". In: *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v.18, supl.1, p.104-19, set 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000500104&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 30 jun 2018.
- MISKOLCI, R. *Desejos digitais: uma análise sociológica da busca por parceiros online*. Belo Horizonte: Autêntica/Argos, 2017.
- PERLONGHER, N. *O Negócio do Michê: Prostituição Viril em São Paulo*. São Paulo:

Fundação Perseu Abramo, 2008.

RUBIN, G. *Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade*. São Paulo: UBU, 2017.

SANTOS, F.; GOMES, S. “Etnografia virtual na prática: análise dos procedimentos metodológicos observados em estudos empíricos em cibercultura”. In: *Anais do VII Simpósio Nacional da Associação Brasileira de Pesquisadores em Cibercultura*, 20 a 22 nov 2013. Disponível em: http://abciber.org.br/simposio2013/anais/pdf/Eixo_1_Educacao_e_Processos_de_Aprendizagem_e_Cognicao/26054arq02297746105.pdf. Acesso em: 13 abr 2019.

SARTI, Cynthia; DUARTE, Luiz Fernando Dias (Orgs.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília: ABA, 2013.

SEEGER, Anthony. “Pesquisa de campo: uma criança no mundo”. In: _____. *Os índios e nós: ensaios sobre as sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: Campus, 1980, p.23-40.

SILVA, H. “A situação etnográfica: andar e ver”. In: *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v.15, n.32, p.171-88, dez 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun 2018.

_____. *Travestis: entre o espelho e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

_____. *Travesti: a invenção do feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

SILVA, L. A. V. da. “Barebacking e a possibilidade de soroconversão” In: *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1381-89, jun 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso

em: 30 jun 2018.

_____; IRIART, J. A. B. “Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens”. In: *Interface*, Botucatu, v.14, n.35, p.739-52, dez 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun 2018.

SILVA, V. L. M. *Sob a égide do chicote: uma leitura do amor na contemporaneidade*. Curitiba: Appris, 2018.

SINDER, V. *Configurações da narrativa: verdade, literatura e etnografia*. Madrid: Iberoamericana; Frankfurt: Vervuet, 2002.

TERTO Jr., V. *No escurinho do cinema: socialidade orgiástica nas tardes cariocas*. Dissertação (mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/teses/1989_TERTO%20JUNIOR_V_S.pdf. Acesso em: 25 abr 2017.

VELHO, Gilberto. “Antropologia urbana: interdisciplinaridade e fronteiras do conhecimento”. In: *Mana*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.161-85, abr 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun 2018.

ZILLI, B. *A perversão domesticada. BDSM e consentimento sexual*. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.

Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas

Silvia Monnerat¹

Resumo

Partindo de etnografia realizada em dois serviços de atenção à saúde mental, o presente artigo tem como objetivo principal refletir sobre os efeitos da medicação psiquiátrica e os efeitos dessa medicação no (des)controle de sintomas psiquiátricos. Buscando diferentes representações sobre o adoecimento mental, o artigo parte de uma discussão sobre usos e significados atribuídos à medicação tendo como base diferentes relatos orais e escritos proferidos por pacientes, familiares e técnicos durante a observação participante realizada.

Palavras-chave: etnografia; saúde mental; sintomas psiquiátricos; medicação psicotrópica

Ethnographic contributions to the study of psychiatric medication: reflections on symptoms

Abstract

Based on ethnography in two mental health services, this article has as main objective reflects on the effects of psychiatric medication and symptoms. Looking for different representations about mental illness, the article starts from a discussion about uses and meanings attributed to the medication based on different oral and written reports given by patients, family members and technicians during the participant observation performed.

Keywords: ethnography; mental health; psychiatric symptoms; psychotropic medication

Introdução

Em certa ocasião, estava sentada na sala dos técnicos de um serviço de atenção à saúde mental onde realizava trabalho etnográfico olhando prontuários médicos enquanto uma técnica de enfermagem separava a medicação que seria ministrada naquele dia aos pacientes. Em determinado momento, a porta abriu e uma paciente entrou na sala aos prantos, levando suas mãos nas costas (na altura do quadril) e reclamando que estava sentindo muita dor por ter tomado uma injeção nos rins. Ela estava agitada e o relato sobre seu sofrimento foi longo e demorou a cessar. Ficamos conversando por aproximadamente dez minutos (ou quem sabe foram vinte minutos?), quando ela finalmente parou de chorar, de relatar suas dores e se retirou da sala dos técnicos.

Quando a paciente saiu da sala, eu me senti, por alguns segundos, bastante aliviada por ela ter saído

¹ Professora Adjunta do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

mais calma da sala. Naquele momento, acreditava que tinha conseguido escutá-la e acolhê-la e que aquele episódio tinha servido para me aproximar ainda mais dessa paciente. Não tive nem tempo de aproveitar esse sentimento de satisfação (por ter ajudado a paciente a se tranquilizar) pois, ao ficar sozinha com a técnica de enfermagem, ela começou a gargalhar profundamente, falando em tom de deboche: “Não sei quem é mais *louca*, a paciente por falar que tomou uma injeção nos rins ou você por acreditar que isso é possível! Injeção nos rins, onde já se viu?!”

Sobre esse episódio, cabe destacar que não possuo formação na área da saúde, não tenho vastos conhecimentos sobre anatomia humana e/ou técnicas de enfermagem e que em nenhum momento pensei em duvidar do relato que escutava. Minha formação em antropologia social me faz entender que o trabalho de campo (e o contato com meus interlocutores) se caracteriza pela interação social, pelo desenvolvimento de relações e pelo estreitamento de vínculos. Talvez, devido a isso, em nenhum momento duvidei de minha interlocutora e que a dor dela não existisse, ou seja, interagi o tempo todo com a paciente acreditando que fosse possível receber uma injeção nos rins.

Comecei este artigo lembrando esse simbólico episódio, por acreditar que ele é bastante paradigmático. Ele possibilita observar como as relações de afeto e de escuta se desenvolviam nas instituições estudadas e também ajuda a atentar para questões mais subjetivas das interações humanas, entendendo que elas podem ganhar ou perder lugar em nossas reflexões e análises de acordo com a forma como concebemos nossa relação com nossos interlocutores e como entendemos as relações que eles têm entre si, com seus corpos e com as dimensões psíquicas e relacionais com as quais se deparam cotidianamente. Para refletir sobre os efeitos da medicação psiquiátrica nos corpos e também sobre a incidência de determinados sintomas e/ou efeitos colaterais na vida dos pacientes de duas instituições psiquiátricas por mim pesquisadas, o fazemos tentando acessar o “conhecimento nativo” e entender como os

próprios sujeitos significavam a relação que tinham com a medicação psiquiátrica (injetável e/ou oral) da qual faziam uso e os efeitos dessa medicação em suas interações cotidianas.

O presente artigo busca, assim, refletir sobre trabalho etnográfico realizado em duas instituições psiquiátricas, localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro (uma pública e outra particular) que resultou em minha dissertação de mestrado e minha tese de doutorado (MONNERAT, 2009 e 2014). O texto tem como foco de análise situações de descrédito em relação aos sentimentos e/ou sintomas de pacientes, assim como a tentativa de entender a existência de uma relação entre queixas, emoções e sintomas no campo estudado.

Atentando para os aspectos interacionais e cotidianos, tenho como foco a compreensão sobre os estatutos da saúde e da doença e a forma como eles eram significados durante o trabalho etnográfico. Busco, portanto, observar, tal como propôs Laplantine (2010, p. 12), os “diferentes modos pelos quais os homens e as mulheres de nossa sociedade representam hoje a morbidez e a saúde” a partir de suas próprias experiências com o sofrimento psíquico. Ao buscar diferentes representações sobre sintomas relacionados à doença mental, faço uma discussão sobre usos e significados atribuídos a medicação e sobre o papel assumido por ela no tratamento dos transtornos mentais para diferentes agentes presentes em campo.

Reforma Psiquiátrica: estímulo à autonomia dos indivíduos

No final da década de 1970, iniciou-se no Brasil o movimento pela Reforma Psiquiátrica que foi responsável pela substituição do modelo asilar por um modelo de tratamento pautado na assistência extra-hospitalar. Este modelo baseou-se na tradição basagliana de crítica à psiquiatria clássica (que teve início na década de 1960 no manicômio de Gorizia na Itália), pautando a valorização do indivíduo enquanto ser social por meio de políticas de inserção do *doente* no seu ambiente social e familiar. O tratamento,

portanto, não era mais baseado em uma política de isolamento.

Segundo Tenório (2001, p. 11), a tarefa principal e marca distintiva da Reforma Psiquiátrica teria sido “agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se em sociedade”. Para tanto, a reivindicação sobre a *cidadania do louco* passou a ser um dos pilares da Reforma Psiquiátrica. A inclusão dos sujeitos, via defesa da cidadania dos pacientes psiquiátricos, evidenciou a busca por novos lugares sociais a partir da valorização enquanto indivíduo e ser social, tentando modificar a concepção da *loucura* no imaginário social (AMARANTE, 2003).

Silva (2005, p. 20) sublinhou que a reivindicação da *cidadania* tinha como objetivo, para além da minimização do sofrimento psíquico, a “preeminência de gerar espaços de tolerância à diferença no tecido social e ampliar as possibilidades de existência do louco na sociedade”. Sendo assim, ser cidadão, segundo o autor, pressupunha o exercício de direitos, o comprometimento com obrigações, a responsabilidade por seus atos, o livre-arbítrio, a racionalidade e a *autonomia*. Esta última categoria é percebida por Tenório (2001) como importante marco para a redefinição do paciente psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica. O autor ressalta que este termo não pode ser pensado dentro de modelos gerais de saúde, de capacidade, de independência ou de gestão de ações pragmáticas: *autonomia* teria uma representação singular para cada paciente. O autor destaca, ainda, que durante o tratamento sempre existe o risco de que o conceito de *autonomia* seja reivindicado segundo os valores da equipe técnica (ou de outra pessoa da rede de relações do usuário) e não segundo a demanda do paciente.

Para Tikanori (1996) o entendimento sobre a *autonomia* dos pacientes psiquiátricos possui uma dimensão mais socializante que a evocada por Tenório, pois aquele entende

autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as

diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidade de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TIKANORI, 1996, p. 57).

Nesta concepção a *autonomia* não é pensada a partir de uma dimensão psicologizante (como uma representação singular para cada paciente), a ênfase que é dada remete tanto à dificuldade de estabelecimento de relações sociais por pacientes psiquiátricos, quanto a outra questão, que também ganhou relevo na Reforma Psiquiátrica: o estímulo ao maior trânsito por outras redes de significado que não as relacionadas à instituição de tratamento.

Saindo do contexto nacional, lembro que, acerca da discussão sobre autonomia, Sennet (2001) evidenciou, ao se referir à vida social, que ninguém é auto-suficiente. Uma pessoa autônoma é aquela que disciplinou seus recursos, que tem autocontrole e, portanto, é capaz de disciplinar outras pessoas. Esta dimensão disciplinar refere-se, segundo o autor, ao “valor atribuído à autonomia pelos que não a têm é capaz de reforçar a autoridade dos que são percebidos como seus possuidores”, o que faz com que a *autonomia* seja pensada como intimamente ligada às relações de poder. Elias (1990, p. 102) trata a *autonomia* como um valor que se tornou primordial em grandes sociedades estatais:

à medida que os indivíduos deixam para trás os grupos pré-estatais estreitamente aparentados, dentro de sociedades nacionais cada vez mais complexas, eles se descobrem diante de um número crescente de opções. Mas também têm que decidir muito mais por si. Não apenas podem como devem ser mais autônomos. Quanto a isso, não têm opção.

Ainda no que tange essa discussão mais conceitual sobre autonomia, podemos ainda recorrer a Elias (1990, p. 121) e evocar a discussão por ele proposta a respeito do autocontrole. Assim, poderíamos considerar também a *autonomia*

não como tensões entre necessidades não sociais e naturais do 'indivíduo' e as exigências artificiais de uma 'sociedade' fora dele, e sim tensões e dificuldades de cada pessoa, ligadas às normas peculiares de comportamento de sua sociedade. Essas normas compõem um padrão que, de uma forma ou de outra, determina o padrão de seu controle comportamental individual.

Esta breve revisão bibliográfica sobre conceitos como *cidadania* e *autonomia*, aqui apresentada, se faz fundamental em um trabalho como este que pretende olhar para esses conceitos e articulá-los à forma como os sintomas psiquiátricos tendem a ser entendidos no contexto atual. Tentando dar relevo às interações sociais dos pacientes psiquiátricos e observar o descrédito que os pacientes psiquiátricos sofriam cotidianamente, inclusive quando tentavam se tornar autônomos em seu tratamento, discuto neste artigo, silenciamentos e construções de memórias sobre o adoecimento psíquico a partir de narrativas sobre sintomas psiquiátricos e sobre os efeitos colaterais que podem ser associados à medicação ingerida pelos pacientes.

Delírios e construções da realidade

Dentro deste contexto, parece-me importante retomar a história de Rebeca (nome fictício dado à personagem cuja história abre o artigo). Para esta paciente a dimensão do sofrimento era bem marcada: ela acreditava estar sempre grávida e relatava cotidianamente queixas referentes a seus familiares e/ou funcionários do Centro de Convivência que abriam sua barriga durante a noite e comiam os bebezinhos que ela gerava em seu ventre. Era recorrente o relato de que sofria abusos sexuais que seriam seguidos de ferimentos com gilete em seu órgão sexual e em outras

partes do seu corpo. Esses relatos costumavam vir acompanhados de muito choro e queixas de dor.

O que propomos aqui é uma discussão sobre esse sofrimento. Rebeca vivia como realidade suas queixas, dores e emoções – ainda que elas não pudessem ser verificadas como tal por seus interlocutores (que insistiam que não existiam marcas de gilete em seu corpo e que a gravidez era descartada com exames ginecológicos). Ainda que não fosse comprovada cientificamente, era notório como cotidianamente Rebeca vivia essa “realidade” e que ela trazia grande sofrimento para a paciente. Nesse caso, foi possível observar que o que era para o senso-comum considerado constantemente como um disparate, para a paciente em questão a mesma situação era entendida como realidade vivida e sentida, uma vez que constantemente suas ações e discursos se baseavam nesses acontecimentos (que para os outros eram apenas delírios).

Strauss (1999, p. 65) evidenciou que “grupos diferentes de homens têm perspectivas características, de modo que nenhum deles nomeia objetos [e vivências?] de forma idêntica nem possui sistemas de classificação exatamente equivalentes”, ou nas palavras de Velho (2003, p. 21), “não é que o ‘inadaptado’ veja o mundo ‘essencialmente sem significado’, mas sim que veja nele um significado diferente do que é captado pelos indivíduos ‘ajustados’”. Estamos falando aqui, portanto, de duas formas de entender uma mesma narrativa. Enquanto no prontuário dessa paciente constata-se a presença recorrente de motivos psicológicos atribuídos a esses relatos; em determinados momentos aparecia referência a uma gravidez indesejada oriunda de relacionamento sexual abusivo com um patrão, que a teria levado a realizar um aborto e que seria revivido constantemente por ela. Em outros relatos eram estabelecidas relações entre os cortes que a paciente dizia sofrer e a amputação de uma das pernas de seu pai (devido a diabetes). Sobre essas diferentes perspectivas, cito Perelberg (1976, p. 82) que, a propósito da relação entre médico e paciente no que tange aos delírios, expôs que

o fato de o paciente ouvir vozes é visto como sintoma médico, (...) porque este acredita que, na realidade não existem vozes. [Isto] Implica, portanto, [em] uma comparação (secreta) entre os conceitos e idéias dos pacientes e aquelas do médico ou da sociedade mais ampla em que se encontram.

Nesse sentido podemos frisar que não era considerado que existisse em campo (ao menos no que pude verificar lendo todos os prontuários das duas instituições), a possibilidade de construção de uma nova forma de significar os relatos dos pacientes. Os relatos tendiam a aparecer como devaneios e mesmo que

Alguns psiquiatras e psicólogos considerem úteis o devaneio, a fantasia, o sonhar-acordado – quaisquer que sejam os termos pelos quais designem o fenômeno – principalmente porque são mecanismos de ajuste; satisfazem os desejos ou são mecanismos compensatórios, ou permitem a liberação de tensão, ou a fuga momentânea da realidade (STRAUSS, 1999, p. 78).

Devemos destacar que os pacientes eram constantemente desacreditados em relação a seus sentimentos e emoções e a única realidade que tendia a ser considerada era a do saber médico, desconsiderando, por exemplo, o sofrimento vivenciado por Rebeca e o classificando como delírio.

A interação que estabeleci com os pacientes baseava-se em acreditar nos casos que eles me contavam, que eram histórias vivenciadas como “reais” e que por isso deviam ser encaradas como “reais” e/ou, em outros casos, se baseavam em um total desconhecimento sobre as possibilidades “reais” de algo acontecer, como na história contada anteriormente sobre a injeção nos rins.

Considerações metodológicas

As duas instituições escolhidas para a análise comparativa possuíam características muito semelhantes. As duas foram criadas com um ano de diferença (a pública foi criada em

1996 e a particular em 1997), eram serviços extra-hospitalares, atuavam na prevenção de internações, atendiam a uma média de 50 pacientes na ocasião da pesquisa, eram frequentadas diariamente por aproximadamente 30 pessoas em expediente integral (manhã e tarde) e ambas tinham como objetivo principal o estímulo a sociabilidade dos pacientes através do fortalecimento dos laços sociais.

O trabalho etnográfico desenvolvido na instituição pública teve início do ano de 2008, tendo como objetivo a escrita por ocasião de minha dissertação de mestrado (MONNERAT, 2009), que buscava compreender as relações sociais estabelecidas pelos pacientes com (e na) instituição. A entrada no serviço particular se deu no ano de 2009, tendo como objetivo a escrita de minha tese de doutorado que versava sobre relações familiares dos pacientes das duas instituições. Durante esse período realizei trabalho de campo nas duas instituições, fazendo visitas regulares e totalizando aproximadamente 16 horas de trabalho de campo semanais.

Além da observação participante, foram realizadas onze entrevistas semi-estruturadas com familiares de pacientes (cinco entrevistas com familiares do serviço público e seis da instituição privada), três entrevistas em profundidade com pacientes (um do público e dois do particular), além de terem sido analisados diversos documentos institucionais como prontuários e livros ATA. Dessa forma, cabe destacar que o presente estudo se propõe a analisar diferentes discursos e saberes, utilizando diversas fontes (orais e escritas) proferidas por diferentes agentes em campo (familiares, técnicos e pacientes dos dois serviços). O que apresento aqui é, portanto, uma interpretação sobre aquilo que foi apreendido por mim ao longo do período em que realizei trabalho de campo nas duas instituições, levando em conta as opiniões, percepções, perspectivas e as próprias vivências de diferentes agentes presentes em campo. Para tanto, busco dar relevo à agência dos indivíduos, a relação que estabeleciam com a medicação a eles ministrada e com todo o tratamento, de maneira mais geral. Nesta análise

busco salientar o conhecimento prático que meus interlocutores possuíam sobre a *doença mental* e sobre a *autonomia* (ou dependência) que tinham em relação a medicação. Este trabalho evidencia, portanto, a experiência vivida dos pacientes e não apenas a dimensão prescritiva do tratamento e/ou a perspectiva médica sobre doenças psíquicas.

A (auto)gestão da medicação

Durante o trabalho etnográfico, saltou-me aos olhos o fato de que ainda que a dimensão social tenha encontrado relevo em alguns depoimentos de técnicos dos serviços, as alterações no comportamento dos pacientes tendiam a ser interpretadas recorrentemente como oriundas de um “descompasso na medicação”. Essas análises pareciam se sustentar na crença de que o meio privilegiado de sanar as alterações comportamentais dos pacientes seria através de uma intervenção medicamentosa. Assim, apenas os médicos estariam aptos a atuar de maneira completamente eficaz no controle dos sintomas, por serem a única categoria profissional considerada apta a prescrever medicamentos e/ou alterar dosagens. Ainda que o contexto no qual a pesquisa foi realizada privilegiasse uma abordagem psicossocial, que tendia a observar a doença mental como multifatorial e que buscava dar ênfase às dinâmicas sociais em que os pacientes estavam inseridos, na prática, em situações de “crise” ou de “agravamento dos sintomas psiquiátricos”, a medicação (e o médico) pareciam ser alçados a únicos (ou, ao menos, como principais) responsáveis para a intervenção.

Com essa perspectiva analítica, não pretendo deslegitimar a eficácia da medicação no alívio de determinados sintomas, mas sim, analisar como fatores creditados (por meus interlocutores em campo) ao uso da medicação psiquiátrica se articulavam ao lugar de destaque dado a medicação durante o tratamento psiquiátrico. Cabe a ressalva de que, ainda que a medicação tendesse a ser vista como responsável pela melhora de sintomas, não era apenas o seu incremento que estava relacionado a sua

melhora. Em alguns casos foi possível verificar que o aumento na dosagem também podia ser entendido como um problema, pois podia trazer efeitos colaterais indesejáveis que afetariam o comportamento social dos pacientes. Em uma descrição feita por um estagiário da instituição particular em prontuário, lia-se:

De um mês e meio atrás até hoje o paciente apresentou uma melhora nunca antes registrada em seu histórico na Instituição, apresentando uma postura corporal excelente, total controle de seus movimentos, conseguindo falar com bastante fluência e lembrando-se de eventos recentes e passados com riqueza de detalhes, inclusive datas. Não se sabe ao certo o motivo desta melhora, a única informação que a equipe possui é a de que A. [médico] reduziu a dosagem de medicação de R. [paciente] alegando que o mesmo estava intoxicado.

Verificou-se em campo que não existia uma grande circulação de informações sobre medicação, nem atividades voltadas para a difusão de informações sobre ela ou sobre sua atuação no organismo e seus efeitos colaterais. No entanto, mesmo sem o aprendizado formal, essas informações eram apreendidas pelos pacientes ao longo da relação que estabeleciam com o remédio que tomavam. Os efeitos colaterais eram sentidos pelos pacientes (e também pelos familiares) que, muitas vezes, mesmo confiando no saber médico e nas informações que eles tinham sobre os efeitos na medicação no organismo, tendiam a utilizar essas informações associando-as ao conhecimento adquirido por eles cotidianamente (a partir de suas vivências com o remédio) o que levava, muitas vezes, em manipulações nas dosagens e nos usos que faziam dos mesmos, utilizando-os de maneira distinta a prescrita pelo médico. Assim, as dosagem (auto) ministradas (para mais ou para menos) eram reguladas segundo as incidências dos efeitos colaterais sentidos como negativos e/ou positivos pelos pacientes e familiares.

Dentro desse contexto, críticas feitas em relação à medicação prescrita eram recorrentes entre meus interlocutores e essas críticas

costumavam se basear no argumento de que os médicos desconheciam os efeitos dos remédios, tal qual eles eram sentidos cotidianamente pelos pacientes, o que os levavam a “erros” ao ministrar as dosagens e/ou na sua própria prescrição. Em conversas com familiares de pacientes, foram recorrentes as acusações de que os pacientes manipulavam as informações recebidas de seus médicos e faziam usos da medicação de maneira distinta à prescrita. Segundo relato de duas mães de pacientes, essa dimensão da “manipulação de comportamentos e informações” se fazia muito presente. A mãe de um paciente do serviço público chegou a dizer que seu filho devia ter “dupla personalidade”, uma vez que o considerava agressivo e preguiçoso em casa, enquanto os relatos que ouvia dos técnicos da instituição era de que ele era ativo e participativo. Em entrevista, esta mãe disse: “eu acho isso errado... [...] deu três remédios grandes para ele, ela [a médica] aumentou um que não faz bem para ele e eu não dou não” e completou: “se ele não tomar três, ele fica bem, se tomar três ele fica muito agitado, em vez de dormir, faz ao contrário”. A mãe de uma paciente do serviço particular me relatou certa vez:

Estava sentindo que a médica não estava acertando muito com os remédios, eu ligava para ela, ela não me atendia, não atendia meu marido, você tá entendendo? Ela só atendia a mim e a ele com a A. [paciente] presente e eu queria falar com ela, eu ligava pra ela e dizia, olha fulana, tá acontecendo isso e isso, ela chega ai um amor de pessoa, diz que dormiu a noite toda... Porque ela é uma artista! Que tava isso, que tava aquilo, tomando remédios direitinho, mas que estava achando que ela estava ficando muito dopada, pra diminuir o remédio.

As famílias e os pacientes reclamavam recorrentemente de que suas opiniões sobre os efeitos colaterais não eram levados em conta e utilizavam isso como argumento para as alterações no uso da medicação.

Impregnação medicamentosa e outros efeitos considerados nocivos

O excesso de medicação ministrado aos pacientes foi ponto recorrente de queixas entre meus interlocutores. Eles enfatizavam que o uso dos remédios em grande quantidade resultaria em “impregnação medicamentosa”. Esses relatos eram normalmente referidos aos períodos de internação. Tendo como objetivo controlar a “crise”, a dosagem dos remédios seria aumentada durante o período de internação, segundo os pacientes. Um deles me disse que considerava que esse aumento tinha como objetivo deixar os pacientes “dopados e não darem trabalho aos funcionários do hospital”.

Logo nas primeiras semanas em campo, ainda no ano de 2008, tive contato com uma paciente que estava internada mas seguia frequentando algumas atividades do serviço (o Centro de Convivência estudado se localizava muito perto do hospital onde a paciente estava internada). Neste primeiro contato, achei sua fala bastante confusa e embolada e notei a dificuldade dela em realizar movimentos musculares. Esta paciente me descreveu seu quadro quando estava internada como “impregnação por medicamentos” e, em outros momentos, ao longo do trabalho etnográfico, se mostrou como uma pessoa bem articulada na fala e corporalmente, evidenciando uma grande diferença em relação ao primeiro encontro que tivemos.

Durante o trabalho de campo ouvi menções a alguns desses efeitos colaterais relacionados ao uso excessivo de remédios psiquiátricos, a saber: *tremores, rigidez muscular, inquietação, ansiedade, dificuldade de ficar parado muito tempo, ficar marchando, ganho de peso, redução de libido, boca seca e prisão de ventre*. Uma paciente do serviço particular disse ainda que os remédios prejudicaram seu desempenho na escola e por isso ela teria perdido um ano letivo durante sua adolescência. Mesmo com a percepção de que existem efeitos colaterais que se relacionariam ao uso dos remédios, o seu uso dificilmente é descontinuado, o que se relata com mais frequência é a alteração da dosagem ou a troca por outro medicamento similar.

Outra questão relacionada à medicação, muito levantada por pacientes homens, referia-se a uma

articulação entre usos da medicação psiquiátrica e o desenvolvimento de impotência sexual. Um paciente do serviço público aproveitou uma atividade institucional voltada para discussão sobre sexualidade para relatar que estava tendo dificuldades em manter ereções devido ao uso dos remédios psicotrópicos. Segundo ele, um dos efeitos colaterais deixados pela medicação era a impotência sexual. O técnico responsável pela atividade desconsiderou essa possibilidade publicamente e fez uma “piada”, ironizando que o remédio só “cuidava da cabeça de cima” e, portanto, em nada se relacionava à impotência. O técnico aproveitou para fazer um discurso baseando-se em julgamentos morais, falando que o paciente fumava e bebia em excesso e que não deveria colocar a “culpa no remédio” por sua impotência sexual. A dimensão moral destacada pelo técnico no que se relaciona ao uso de drogas (lícitas) e o fato de desconsiderar completamente como real o relato do paciente me chamou a atenção para a culpabilização que estava sendo direcionada ao paciente em relação aos seus próprios sintomas. Essa culpabilização baseava-se em um descrédito tácito em relação à associação entre determinados sintomas e o uso de remédio psiquiátrico. Onocko-Campos et al (2013) descreveram algo que me remeteu a este caso, quando afirmaram que a “experiência singular e o significado do uso de medicamentos psicotrópicos, para a pessoa envolvida, raramente são levados em conta. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). Percebe-se que familiares e técnicos, muitas vezes, tendiam a desconsiderar a experiência em primeira pessoa dos pacientes e passavam, eles próprios, a responder sobre a origem de sintomas e/ou sobre os efeitos da medicação no corpo dos pacientes de forma que, em muitas ocasiões, vinham, inclusive, a deslegitimar os sentimentos descritos por aqueles que de fato estavam fazendo uso da medicação. Sobre isso, destaca-se que, nas duas instituições, não foram oferecidos nenhum tipo de treinamento, curso, aconselhamento ou qualquer outra forma semelhante de ensinamento sobre os

usos e efeitos da medicação para familiares e/ou pareceres.

Quando algum paciente começava a dizer que ia parar de tomar algum remédio, os técnicos dos serviços tendiam a se engajar em um processo de convencimento para que retomassem o uso da medicação. Quando esse processo de convencimento não surtia efeito e os pacientes continuavam sem tomar a medicação prescrita, era comum ouvir dos técnicos ameaças de que esse comportamento resultaria em uma crise psicótica e que era imprescindível o uso adequado dos remédios ministrados. Quando a crise se confirmava, os técnicos lançavam comentários no estilo “eu avisei!” e aproveitavam para reforçar moralmente a importância do uso da medicação.

(Des)usos da medicação e as crises

A associação entre a piora dos sintomas e o início de uma *crise* (devido à descontinuidade da medicação) também apareceu diversas vezes durante o trabalho etnográfico. Em uma ATA da reunião de familiares da instituição pública lixe, a propósito desse tema:

Fala que tinha problema com o V. porque ele parava de tomar remédio, diz que ele ‘foi indo’ sem tomar medicação até que descontrolou. Diz que voltou a dar injeção e agora ele está muito melhor, mais calmo, mais tranquilo. (...) P. fala que tem pavor dele não tomar medicação, pois diz que desse jeito vai ser internado. Diz que o filho já ficou agressivo com ela, com o irmão e ele ‘perde o controle’. Acha muito bom tomar haldol decanoato, pois o filho fica equilibrado.

Em conversa com pacientes do serviço público, também foi feita uma articulação entre o não uso dos remédios psiquiátricos e o início de uma crise. Na ocasião, duas pacientes estavam dividindo um quarto em uma casa próxima ao serviço e uma delas falou pela manhã que a outra não tinha dormido bem e que tinha passado a noite inteira chorando, dizendo que o filho tinha morrido. Outra usuária do serviço, que ouvia a história e que já havia morado com a paciente

em outra época, falou que ela estava desta forma porque não devia ter tomado o remédio e falou que ela só tomava a medicação quando alguém a lembrava de fazê-lo e, caso não tomasse corretamente, entrava em crise.

Ainda sobre essa associação, no prontuário de um paciente do serviço particular encontra-se: “Há cerca de um mês, após interrupção, por cerca de três semanas, do uso de medicação, V. entrou em crise, ficando fora de si”. Passando a importunar vizinhos, pedir dinheiro a desconhecidos, inclusive guardadores de carro”. Paralelamente a essa associação entre descontinuidade do uso da medicação e piora do quadro clínico, foi possível verificar também, entre os pacientes e familiares dos dois serviços, a existência de um grande receio sobre o uso das medicações psiquiátricas. Em inscrição em prontuário, referente a paciente do serviço particular teria dito: “eu vou morrer porque minha mãe disse que o médico vai me dar mais remédio, e eu não aguento, vou morrer”. Mesmo discurso proferido pelas irmãs de uma paciente do Centro de Convivência público que, segundo anotação em prontuário, “diz que tem problemas em casa com as irmãs, pois quando ela leva remédio para casa elas ficam dizendo que a medicação é para matá-la e que não deve tomá-la”.

Mesmo não sendo considerada de acordo com o peso e a recorrência em que ocorre, uma vez que a auto-gestão dos medicamentos é largamente citada por pacientes e familiares, é importante destacar que, considerar esses usos, que diferem da prescrição dada pelo psiquiatra e/ou das orientações dadas pelos serviços, nos leva a pensar sobre a autonomia dos indivíduos sobre a gestão de suas próprias *doenças* e de seus corpos, que consiste em uma esfera analítica de suma importância para não cair no pensamento de que os pacientes (e familiares) apenas reproduzem o saber médico-psiquiátrico, supondo que nele confiam plenamente e que não fazem questionamentos ou transformações no uso do remédios prescritos. As experiências vividas cotidianamente lhes dão respaldo para conhecer efeitos dos medicamentos e optar pela sua continuidade ou não. Entende-se, então, que,

nas palavras de Nunes & Torrenté:

Nessa valorização de como o mundo é apreendido, incorporado e significado pelas pessoas e grupos sociais, depreende-se que os fenômenos ganham colorações e configurações sociais na dependência de como são vividas e dos recursos que são socialmente disponibilizados e construídos para lidar com as situações concretas (Nunes & Torrenté, 2013, p. 2863).

É fundamental se frisar que o uso dos medicamentos não tem como objetivo a cura das *doenças mentais*. Eles são apenas um meio para controlar determinados sintomas. Portanto, é ilusório achar que aqueles que são diretamente afetados pelo uso da medicação não iriam manejá-la considerando os sintomas da *doença* e os efeitos colaterais proporcionados pelo uso da medicação, de acordo com os impactos desse uso cotidianamente em suas vidas. Essa observação não deve ser entendida como uma legitimação do uso autônomo da medicação, mas sim salientar que, sem uma orientação aprofundada sobre seus usos, efeitos e consequências; e sem uma interação profícua com o psiquiatra (detentor do poder de diagnosticar e prescrever remédios), os familiares e os pacientes tendem a fazer os seus próprios usos da medicação, com base nos conhecimentos que têm.

Nesse sentido, concordo com Alves, quando destaca que “faz-se necessário um conhecimento mais específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem valores e constroem significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade” (Alves, 2004, p. 91) e que devemos considerar, tal como Bonet, que a “biomedicina apresenta-se dessa forma como uma das múltiplas possibilidades para tratar um problema geral da nossa cultura, a relação entre as dimensões cognitivas e emotivas” (Bonet, 2004, p.11). É interessante destacar, no entanto, que o remédio tendia a ser entendido em campo como uma forma de tratamento inquestionável e legítima, até mesmo para aqueles que questionavam a própria existência de uma *doença mental*, o que é interessante, para

pensarmos como uma cultura medicamentosa está instaurada e naturalizada.

Durante o trabalho etnográfico, tive a oportunidade de observar diversas pessoas entrando no período conhecido como de *crise*. Um caso merece destaque por ter me feito observar claramente como uma pessoa pode ser transformada com o uso da medicação. Certa vez no serviço público, uma paciente apresentava sintomas que se assemelhavam ao descrito pelo irmão de outra paciente, a respeito dos momentos de crise:

quando tá em crise você percebe que o olhar é diferente e depois que fala sozinho o tempo todo, reclama... fica murmurando. Ai você vai vendo que tá em conflito, aí quando ela começa a transferir o conflito que ela tem dentro dela pra quem tá perto, aí você tem que segurar.

A paciente em questão apresentava esse olhar (fixo, porém vago), falava sozinha em tom de reclamação e passou a fazer queixas recorrentes sobre seus familiares, que a estariam ameaçando. Uma das técnicas, ao ver a paciente apresentando essas características, olhou sua ficha com informações sobre seu tratamento e observou que a sua medicação injetável (haldol decanoato) estava atrasada, a encaminhando para o ambulatório onde ela recebeu a injeção. A técnica me alertou que dentro de três dias a paciente estaria “*boa novamente*”. Em exatos três dias ela parou de apresentar as características observadas e seu comportamento voltou ao “*normal*”. Esse caso me fez atentar para como a medicação interfere diretamente e eficazmente na vida, nos corpos e no comportamento dos pacientes. A medicação pode transformar a forma que o indivíduo age e se apresenta socialmente. O que me restou, então, foi a pergunta: a paciente voltou ao *normal* ou o *normal* do paciente era como ela se apresentava sem medicação e seu uso apenas forjou um comportamento socialmente aceito?

O relato desse caso reforça a perspectiva de que os remédios agem sobre os sintomas, chegando até a eliminá-los, mas o fato de existir uma remissão dos sintomas não quer dizer

que seu efeito seja curativo. Pode-se dizer, em certa medida, que se trata de um tratamento paliativo, uma vez que, ao atrasar ou suspender a medicação, a paciente voltaria a apresentar as mesmas (e talvez até outras) características, consideradas no espaço da instituição como signo de *doença mental*.

Sendo as *doenças mentais* consideradas crônicas e, por muitos, entendidas como incuráveis, não parece fazer muito sentido que se conceda ao diagnóstico o lugar de resolução do caso, uma vez que o diagnóstico em *saúde mental* está sujeito a interpretação que o médico faz dos sintomas apresentados e, assim, observa-se com frequência a existência de diferentes diagnósticos para um mesmo paciente. Seria, então, nas palavras de Foucault, o diagnóstico em saúde mental, uma tentativa de, assim como é recorrente na medicina orgânica, “decifrar a essência da doença no agrupamento coerente dos sinais que a indicam” e constitui “uma sintomatologia na qual são realçadas as correlações constantes, ou somente frequentes, entre tal tipo de doença e tal manifestação mórbida”? (Foucault, 1968, p. 9).

Citando um familiar do serviço particular que se propôs a fazer uma análise crítica sobre o uso da categoria *doença*, pergunto: se não entendêssemos a *loucura* como uma enfermidade, haveria necessidade de diagnosticá-la?

Eu acho que o diagnóstico é pra quem tem culpa mesmo! Ele vai colocar a culpa... a culpa e minha e eu boto onde eu quiser! (risos) Mas na verdade não existe culpa, isso é uma bobagem! Você nunca sabe o que vai fazer com que uma pessoa detone um processo como esse, como você nunca sabe quando uma pessoa entrou num processo no qual ela vai ser genial numa coisa, não é? Isso é bobagem!

A partir do depoimento desta familiar, percebe-se a possibilidade de um entendimento sobre a *loucura* que não esteja fincado apenas no saber médico psiquiátrico (mesmo que o irmão da mesma realize tratamento psiquiátrico e tome remédios): a *loucura* é percebida por ela como um processo, afastando-se de uma patologização e descrevendo-a da seguinte maneira:

O negócio já não existe? Já não está ali? Implantado? Então lidar com ela da melhor forma possível é a única coisa que você pode fazer. (...) Essa pessoa tem características próprias e tem qualidades próprias, vai ter alguns defeitos também e cabe a você conviver com isso. Ah, não vou dizer pra você que ele nunca me incomoda? Claro que incomoda! Se ele toma todo o bule de café dele e quer pegar meu bule de café e lógico que eu vou ter que dar um basta! Mas não é um basta que eu não tenha dado para um monte de pessoas por aí. Isso em qualquer relação!

A família em questão possuía uma privilegiada condição financeira, vivia em uma enorme casa no nobre bairro da Urca (RJ), contava com empregadas domésticas que se revezavam entre os dias úteis e os finais de semana e também com um motorista que era responsável pelo transporte do paciente em situações como ir e vir da instituição, ir para curso de equitação ou para almoços em uma churrascaria rodízio, onde, uma vez por semana, o paciente ia almoçar, acompanhado de uma técnica do serviço, cuja refeição era custeada pela família do paciente. Essa condição financeira não era a mesma vivida pela maioria dos pacientes do serviço particular e, obviamente, também não era compartilhada pelos pacientes do serviço público.

No serviço público, observou-se familiares que abandonaram seus empregos para se dedicar exclusivamente ao cuidado do paciente. Como não possuíam renda suficiente para custear um cuidador e como avaliavam que o paciente requeria cuidados e supervisão constante, alguns se viram obrigados a fazer a escolha de abdicar de seus vínculos empregatícios para dispor de maior tempo no cuidado com o paciente. Mesmo não pretendendo realizar aqui uma significativa discussão sobre as diferenças de classe existentes, devem ser enunciados alguns pontos em que essa temática se associa aos encargos familiares: quando se pode contar com atividades extras para o paciente, cuidadores, motoristas (ou dinheiro para pagar o trânsito pelo cidade em ônibus, uber e/ou taxis), empregadas domésticas e, em última

instância, arcar com os custos de residências separadas ou até residências assistidas para os familiares portadores de transtornos mentais, o encargo sobre o cuidador tende a ser sentido com menor intensidade, assim como os sentimentos de sobrecarga e de solidão do cuidado. Estamos falando de sentimentos e, com isso, nos referindo a algo extremamente subjetivo, mas não podemos deixar de considerar também as condições materiais de vida dos meus interlocutores e observar que, quanto menores as condições material e financeira, maiores eram as queixas sobre sobrecarga e solidão no cuidado. Com isso, não deixo de considerar que *“a doença em si já é um fardo muito pesado”* como disse uma irmã de paciente do serviço particular, mas a falta de condições materiais condiciona de maneira mais marcante a vida de pacientes e familiares.

Talvez devido ao alto grau de sobrecarga sentido pelos familiares, verifiquei que, entre os pacientes do serviço público, era mais frequente encontrar pacientes com maior autonomia em suas vidas cotidianas, o que não quer dizer que seus sintomas fossem mais “brandos”, quando comparados aos pacientes do serviço particular. Mesmo que nos dois serviços tivessem pacientes que andavam sozinhos de ônibus, morassem sozinhos, circulassem pela cidade sem acompanhamento e se responsabilizassem pelo provimento de suas necessidades básicas diárias, percebe-se que no serviço particular era mais comum a presença de algum familiar que supervisionasse regularmente essas atividades. Na maioria dos casos, os pacientes do serviço privado contavam também com algum familiar (ou um empregado) que se encarregava de realizar outras tarefas domésticas como faxina, compras, comida etc.

Talvez esse afastamento em relação aos familiares tenha produzido uma maior solidariedade entre os pacientes do serviço público. Mesmo vivendo em situação de pobreza, era muito comum ver pacientes abrigando outros em suas casas (principalmente em períodos de dificuldades, como em casos de briga em família ou de dificuldade financeira). Com isso não quero dizer que exemplos de camaradagem não

existissem no serviço particular, mas observou-se que neste serviço as demonstrações de solidariedade aconteciam com menos frequência e, em alguns casos, as trocas aconteciam apenas quando mediadas por dinheiro (compra e venda).

No serviço particular observei situações que demonstravam que pacientes tinham nojo uns dos outros: um usuário, ao receber um cigarro, quase no fim (guimba) de outra paciente, o limpou na barra de sua camisa antes de colocar na boca (o que nunca foi visto durante o trabalho de campo realizado no serviço público) e uma paciente lavou um copo (que já havia sido lavado pelos funcionários da instituição particular) antes de se servir do café da manhã. Atitudes como essas não foram verificadas durante a observação participante na instituição pública, mesmo que as condições de higiene dos usuários fossem consideradas mais precárias que as dos clientes da instituição particular (uma vez que alguns pacientes do Centro de Convivência eram moradores de rua e/ou viviam em condições de miséria). Pelo contrário, talheres, copos e cigarros eram compartilhados entre os pacientes do serviço público sempre que necessário. A partir da exposição deste fato, recorro a Douglas (1976:12) quando ela sublinha que: “Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê” e que a “sujeira nunca é um acontecimento único, isolado. Onde há sujeira há sistema. Sujeira é um subproduto de uma ordenação e classificação sistemática das coisas, na medida que a ordem implique rejeitar elementos inapropriados” (DOUGLAS, 1976, p. 50). Pode-se perceber que os pacientes dos dois serviços estudados não pareciam compartilhar do mesmo sistema classificatório no que se refere à sujeira. Se as trocas eram mais presentes no Centro de Convivência, foi possível notar, por outro lado, que no serviço particular há um maior número de encontros entre pacientes fora do expediente da instituição. Alguns pacientes frequentavam a casa de outros e mantinham contato via telefone com mais regularidade. Aproximadamente uma vez por mês um paciente organizava, em conjunto com um estagiário, um “jantarado” em um restaurante da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Neste

evento os pacientes confraternizavam, comiam e se responsabilizavam pelo pagamento da conta. Podemos supor que o fato de possuírem uma maior renda e também por contarem com uma maior colaboração para organização dessas atividades, esses programas aconteciam com maior regularidade.

Com os exemplos acima descritos, percebe-se que havia estímulo à sociabilidade entre os pacientes nos dois serviços e que a criação de redes de amizade e solidariedade estavam, a seu modo, presentes também em ambos. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, observa-se, inclusive, que o estímulo ao desenvolvimento de redes de sociabilidade aparece de certa forma como uma prescrição de tratamento para o paciente. Interessante perceber que essa prescrição associa-se a uma perspectiva que entende a “sociabilidade como tratamento”, tal como intitulei em artigo anterior (MONNERAT, 2011). Os serviços estudados pautavam-se nessa premissa, se constituindo como *locus* privilegiado para o desenvolvimento de relações sociais (com outros pacientes e com técnicos e estagiários dos serviços) e tentando possibilitar o incremento da autonomia dos pacientes se configurando, tal como evidenciei em trabalho anterior:

Como uma alternativa ao estigma por eles sofrido, uma vez que [a instituição] assume um importante lugar para a sociabilidade dos pacientes. (...) Vale, ainda, salientar o quanto é significativa a existência de uma linha de tratamento que considere que o estímulo à sociabilidade tenha lugar de destaque no tratamento de pessoas acometidas com transtornos mentais, em meio à preponderância de linhagens biologizantes para explicações sobre o desenvolvimento das doenças mentais (MONNERAT, 2011).

A sociabilidade entendida como tratamento só encontra legitimidade em um contexto posterior a Reforma Psiquiátrica, em que se considera que, na perspectiva de Alves

Uma totalidade dotada de sentido. A enfermidade existe quando se atribui a uma dada

experiência sensível um conjunto de significados. Neste aspecto a enfermidade não é um fato, mas interpretação e julgamento de um conjunto de informações heterogêneas vindas do corpo humano. Desnecessário é dizer que essa construção não é simples criação autônoma de significado por indivíduos isolados, mas resultado de processos de socialização (ALVES, 1994).

Neste contexto, a família passou a assumir um lugar preponderante no tratamento uma vez que, tal como enfatizou Silva (2005:129), ao mesmo tempo em que a medicina tomou para si “o mandato social de controle” das doenças mentais, procurou “compartilhar responsabilidades com família e comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao louco”. O mais interessante sobre esse compartilhamento do cuidado entre o saber médico e a família é que, ao passo que a medicina assume um papel de legitimidade no saber sobre o tratamento e no cuidado das *doenças mentais*, seus representantes esperam que a família se responsabilize pela manutenção do tratamento, tal qual ele foi receitado pelo médico. O que acontece, no entanto, é que os familiares incorporam esse saber e fazem reformulações sobre o mesmo, adaptando-o segundo suas necessidades cotidianas. Acredita-se que, ao perceber que a própria medicina não possui elementos concretos para explicar a origem da *doença* (e, em certa medida, nem seu desenvolvimento), os familiares articulam aquilo que é difundido pelo saber médico psiquiátrico aos saberes leigos de senso-comum acessíveis a eles e, assim, formulam seu próprio entendimento sobre a *loucura*.

Referências bibliográficas

- ALVES, Paulo César. “*O discurso sobre enfermidade mental*”. In: ALVES, P.C. e MINAYO, M.C. (orgs), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. “*A clínica e a Reforma Psiquiátrica*”. In: Amarante, P. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- BONET, Otávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- ELIAS, Norbert. “*A individualização no Processo Social*”. In: ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- _____. *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- MONNERAT, Sílvia. *Trajetórias, acusações e sociabilidade. Uma etnografia em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 2009.
- _____. “*Sociabilidade como tratamento: Estudo etnográfico de um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos*”. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, 2011.
- _____. *De médico e de louco toda família tem um pouco: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e relações familiares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 2014.
- NUNES, Mônica de Oliveira e TORRENTÉ, Maurice. “*Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental*”. In: *Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar inovações nas práticas concretas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, 2013.

PERELBERG, Rosine. *Fronteiras do Silêncio* – um estudo de desvio e ritualização. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1976.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. “A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental”. In: Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar inovações nas práticas concretas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, 2013.

SILVA, Martinho. “Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental”. *Physis*, v. 15, 2005.

SENNET, Richard. “Autonomia: uma autoridade sem amor”. In: SENNET, Richard. *Autoridade*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

STRAUSS, Anselm. *Espelhos e Máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: Editora Edusp, 1999.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

TIKANORI, Roberto. “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In: PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VENANCIO, Ana Teresa Acatuassú. *Eu dividido: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1998.

VELHO, Gilberto. *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

A (s) casa (s) e a rua: o zelo pela moradia dos deuses e de si-mesmo por parte de candomblecistas em processo de desinstitucionalização em saúde mental

Clarice Moreira Portugal¹

Mônica Nunes²

Resumo

O presente artigo aborda, a partir da discussão foucaultiana acerca do cuidado de si, como a imersão no candomblé atua sobre o senso de corporeidade de seus partícipes, sobretudo aqueles que padecem de alguma forma de sofrimento mental e buscam a referida religião no sentido de apaziguar ou dirimir sua experiência de aflição. A abordagem metodológica utilizada – a cartoetnografia (PORTUGAL; NUNES, 2015) – envolveu entrevistas não-estruturadas e observação participante. Os dados foram analisados com base na hermenêutica crítica e no artefato intitulado “matriz cartoetnográfica de linhas de pensamento”. Pudemos verificar que se perceber como candomblecista envolve um aprimoramento do cuidado de si que perpassa duas dimensões centrais: a transformação da expressão e da estética corporal, assim como um esforço de reelaboração do espaço da casa; ambos no sentido de afirmar-se como candomblecista e seu pertencimento a esse grupo religioso. A partir disso, concluímos que o “tornar-se filho de santo” incrementa o cuidado de si e propicia, conseqüentemente, um adensamento da rede social de apoio, do reconhecimento (HONNETH, 2003) e de elaboração tática do cotidiano (DE CERTEAU, 1998).

Palavras-chave: saúde mental; candomblé; cuidado de si; corporeidade.

The house (s) and the street: the zeal for the dwelling of the gods and of the self by Candomblé followers in process of deinstitutionalization in mental health.

Abstract

From the Foucaultian discussion about the care of the self, the present article discusses how immersion in candomblé acts on the embodiment sense of its participants, especially those who suffer from some form of mental suffering and seek the religion in order to appease or resolve your experience of distress. The adopted methodological approach – the cartoethnography (PORTUGAL; NUNES, 2015) – involved unstructured interviews and participant observation. The data were analyzed based on critical hermeneutics and the artifact entitled “cartoethnographic matrix of lines of thought”. We could verify that to perceive oneself as a candomblecist involves an improvement of the care of the self that perpasses two central dimensions: the transformation of the body expression and esthetics, as well as an effort of reelaboration of the space of the house; both in the sense of asserting himself as a candomblecist and his belonging to this religious group. From this, we conclude that “becoming a ‘filho de santo’” increases the care of the self and, consequently, increases the social support network, recognition (HONNETH, 2003) and tactical elaboration of everyday life (DE CERTEAU, 1998).

Keywords: mental health; candomblé; care of the self; embodiment.

1 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) com pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

2 Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Introdução

Neste artigo abordaremos alguns dos resultados apresentados em uma tese de doutorado (PORTUGAL, 2018), que teve como objetivo geral elaborar uma cartoetnografia dos territórios existenciais e das práticas cotidianas de cuidado de adeptos do candomblé em processo de desinstitucionalização em saúde mental e vinculados a serviços de saúde mental de Salvador (BA) e adjacências.

Os terreiros de candomblé – também chamados de Axés, Ilês e Casas de Santo – permitem-se apreender como lócus onde se busca cura e/ou tratamento. Seligman (2010), ao pensar sobre o cuidado engendrado no candomblé, concebe-o enquanto uma potente modalidade de cura que articula em suas práticas aspectos discursivo-simbólicos e relativos à corporeidade que se influenciam mutuamente. Contribuem ainda para isso o incremento do senso de comunidade e conectividade que reforça a identidade negra, fazendo do terreiro um espaço de resistência ao colonialismo e mesmo um “local de refúgio” (DE LOACH; PETERSEN, 2010, p. 59).

A situação precária dos serviços de saúde e da previdência social (que se acirra na conjuntura política atual), bem como o acolhimento empobrecido e mesmo inexistente que frequentemente caracteriza a relação usuário-profissional de saúde, seriam fatores que contribuem para a consolidação de um sofrimento sem escapatória (TEIXEIRA, 1994). Nesse sentido, os terreiros há tempos colaboram para a melhoria das condições de saúde da população, cuidando e oferecendo tratamento (RABELO; MOTTA; NUNES, 2002) a pessoas com diversas desordens físicas e mentais.

Levando-se em consideração o amplo escopo desse trabalho, visamos aqui especificamente a discutir e elucidar as vicissitudes das relações de cuidado estabelecidas entre os atores, enfatizando suas repercussões biográficas e de pertencimento, bem como o papel estratégico das lideranças religiosas afro-brasileiras no cuidado à saúde mental da

população.

Para tanto, discutiremos inicialmente a temática do “cuidado de si” (FOUCAULT, 1985; 2004), de maneira a mostrar como as redes de cuidado consolidadas no candomblé acabam por se refletir em uma ética do cuidado de si que também é corporificada e manifesta no zelo com a própria residência, a qual, por seu turno, se torna também extensão da morada espiritual, colocando-se como espaço de afirmação do pertencimento e de identidade.

Metodologia

Nossa investigação se articulou em torno de um híbrido teórico-metodológico, que emerge aqui sob o nome de cartoetnografia (PORTUGAL; NUNES, 2015).

A cartografia, bem como sua apropriação na condução de pesquisas em torno da produção de subjetividade, é recente e parte do conceito de cartografia pensado por Deleuze & Guattari (2007). Eles concebem-na como um dos princípios do rizoma.

Mais do que uma simples metáfora biológica aplicável a fenômenos e realidades sociais, o rizoma reflete a compreensão de um sistema sempre aberto à diferença e à multiplicidade, no qual os pontos podem ser interconectados entre si de formas distintas, de forma que as conexões estejam sempre passíveis de mudança, sem que o processo como um todo perca sua organicidade. O único ponto final do rizoma é a abertura ao múltiplo, que é preciso ser feito e não apenas pensado.

A cartografia concerne à constatação de que o rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo – estes são princípios de decalque, reproduzíveis ao infinito. Ela teria como norte a premissa da segmentarização espacial e social do vivido, cujas linhas se entrelaçam e dão origem aos territórios.

O método cartográfico viria se propor justamente a percorrer esse processo de delineamento, constituindo-se contiguamente à transformação daquilo que se dispõe a figurar. De acordo com Rolnik (2014), a cartografia

volta-se para paisagens psicossociais e isso exige daquele que se pretende cartógrafo dar língua aos afetos, mergulhar nas intensidades de seu tempo e devorar as linguagens que emergem como elementos possíveis à composição das cartografias. A cartografia, em outras palavras, pode ser compreendida como um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências, de forma que o que está em jogo para o cartógrafo são as estratégias das formações do desejo no campo social e espaço de exercício ativo dessas estratégias.

Por esse raciocínio, ela guarda muitas semelhanças com o método etnográfico. Isso porque, tal como ele, está permanentemente aberta a signos e referenciais. Assim, no sentido de melhor compreender essa dupla inserção, pretende-se aqui o desenho de uma cartografia etnograficamente fundamentada que permita desvelar os aspectos relacionados à experiência de sofrimento mental e à fruição do diálogo usuário-terreiro-serviço de saúde na construção de projetos terapêuticos.

Por certo, não se trata de uma etnografia em sentido estrito, dado que envolve a circulação por diversos espaços e contextos, o que nos aproxima de uma “etnografia multissituada” (MARCUS, 1995). Segundo o autor, o campo etnográfico não necessariamente se atém a um local, mas diz respeito a uma rede de relações, cuja compreensão pode exigir permear toda uma diversidade de contextos. Por esse prisma, pode ser necessário analisar a circulação de significados culturais, objetos e identidades, no sentido de seguir seus percursos.

No caso de nossa pesquisa em particular, o “acompanhamento participante” de nossos interlocutores exigiu que com eles adentrássemos diversas arenas: ao tempo em que fomos a festividades e participamos ativamente de rituais nos terreiros, também íamos às consultas e oficinas nos serviços de saúde mental, à barraca do jogo do bicho etc.

O elemento do próprio trânsito de acesso a esses locais foi muito marcante no trabalho de campo – as caminhadas a pé, o uso de meios de transporte etc. –, com destaque para o fato de

que um dos terreiros se situa em uma cidade nas imediações de Feira de Santana. Por isso, muitas vezes o processo da viagem e as táticas para obter os meios de realizá-la faziam parte desse cotidiano e nos permitiam transitar por dois settings de cuidado diferentes ligados ao mesmo terreiro, ainda que espacialmente separados, como veremos mais adiante.

Resgatamos aqui as contribuições de Silva (2009) e Cardoso de Oliveira (2000) no que concerne à necessidade de sincronia entre o situar, o observar e o escrever, bem como da articulação e afinação entre a percepção sensorial, o que o campo oferece e o processo de escrita etnográfica. Fizemos um esforço no sentido de abordar os múltiplos locais e a superposição de texturas, cheiros, sons e sabores que conformam os territórios existenciais de nossos interlocutores, sem nos atermos à tentadora fruição das singularidades, mas procurando dar voz aos conflitos e repercussões sociopolíticas de suas experiências de saúde-doença.

Além disso, se a observação e a interação não se reduzem ao campo, tampouco a escuta ficou restrita às entrevistas, sendo exercida, treinada e afinada durante todo o curso da pesquisa. Trata-se de um exercício de construção de uma cartoetnografia polifônica e dialógica (TRAD, 2012, p. 630), na qual a mistura e a separação entre os mundos interno e externo dão-se de forma cíclica durante o processo de pesquisa, permitindo que a tentativa de compreender a experiência em um dado grupo social apresente outros aspectos à reflexão que não seriam acessíveis ao olhar somente externo.

Sendo assim, a etnografia foi um polo orientador deste trabalho, na medida em que permitiu levantar dados importantes sobre os grupos estudados, como também a apreensão de aspectos relacionados ao entendimento e experiência do sofrimento psíquico *in loco*, permitindo acessar os territórios existenciais de nossos interlocutores, ao passo em que acompanhamos as transformações das paisagens psicossociais mais amplas em que se inserem.

Na elaboração do campo empírico, nos valem de entrevistas não-estruturadas

conjugadas à observação participante nos moldes etnográficos, com duração de aproximadamente dois anos. Participaram do trabalho quatro interlocutores-chave (Bárbara, Jorge, Lázaro e Candelária) e diversos interlocutores-satélites (pessoas da rede de referência), todos identificados com pseudônimos.

Com respeito à análise dos dados, tomamos as entrevistas e observações de campo como textos, abordando sua semântica em busca das suas significações. A interpretação foi realizada pela confrontação da potencialidade polissêmica do texto, mas também pela sua situação nos contextos de fala, culturais, sociais e históricos.

Entendemos que o engajamento nessa busca por sentidos e significados força o pesquisador a enredar os textos a outros textos e também ao contexto em que estes são forjados e convoca a uma leitura desses signos a partir de sistemas inferenciais orientados para a cultura em que os textos se originam. Como nos lembram Bibeau e Corin (1995), um texto se conecta rizomaticamente com diversas partes da cultura na qual ele floresce. Assim, “o conhecimento etnográfico em última instância garante a possibilidade de traduzir, comentar e interpretar um texto, para o que contribuem as inferências

culturais e inserções contextuais adequadas” (BIBEAU; CORIN, p. 11, trad. nossa).

Esse amparo na hermenêutica crítica alicerçou a análise do material empírico, que se deu em duas vias: primeiramente, através da pré-definição de dimensões éticas de análise dos processos de desinstitucionalização em saúde mental. Secundariamente, esses relatórios foram lidos a partir da “matriz cartoetnográfica de linhas de pensamento”, articulando em nossa análise alguns conceitos que serão abordados a seguir.

O conceito de modos de existência contempla a ideia de uma incompletude inerente à existência. Se nada está dado de antemão, existir demanda um trabalho de instauração que permite estabelecer trocas entre diferentes domínios de saber e modos de existência, estando permanentemente em aberto (SOURIAU, 1938).

Dentre os diversos modos de existência catalogados por Latour (2013), o da metamorfose [MET] destaca-se por se referir ao modo de existir dos “seres invisíveis”, frequentemente destituídos nas sociedades “modernas” e profundamente instituídos e ritualizados naquelas conhecidas como “tradicionais”. A terapêutica pode intervir de tal maneira que esses seres invisíveis atuem no sentido de permitir àquele que está em crise

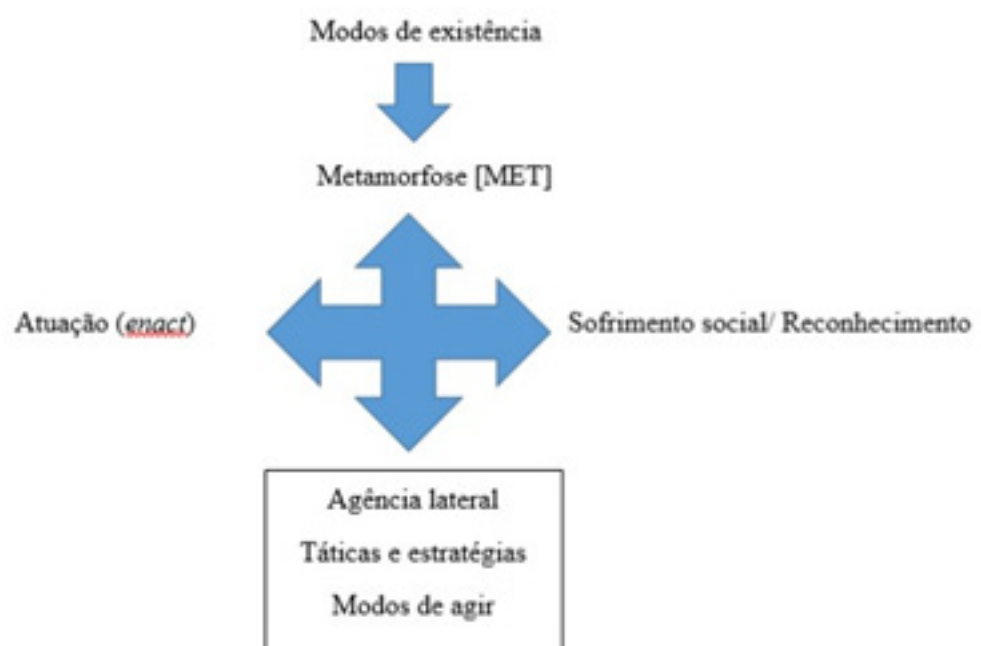


Figura 1 – Matriz cartoetnográfica de linhas de pensamento

emergir e se reformular a partir da manipulação dos idiomas e da negociação com essas entidades, instaurando-as.

Pelo conceito de *enact* (MOL, 2002), pode-se afirmar que para compreender e investigar a doença, é imprescindível acessar as práticas que a constituem; o que exige acessar os modos de cuidar, sofrer e agir diante da infinidade de experiências de sofrimento que não se atêm à dimensão simbólica.

Sobre o sofrimento social, Kleinman, Das e Lock (1997) observam que ele é derivado daquilo que os poderes político, econômico e institucional fazem sobre as pessoas e da sua influência nas respostas a esses problemas sociais. O cerne dessa experiência residiria em uma relação problemática com uma ordem social que coloca normas e padrões e situa toda uma gama de pessoas à margem das organizações sociais, tirando-lhes as rédeas de sua própria existência (PUSSETI; BRAZZABENNI, 2011).

Já Honneth (2003) atenta para problemática redução das formas de sofrimento social e descontentamento moral àquelas que já se tornaram visíveis na esfera pública e macropolítica. Com isso, a experiência de reconhecimento social representa uma condição da qual depende o desenvolvimento da identidade humana, ao passo que à negação desse reconhecimento corresponde um senso de uma perda ameaçadora da personalidade.

De Certeau (1998), por seu turno, se debruça sobre as microrresistências e microliberdades pensando a mobilização de recursos das mais variadas ordens no incremento de suas táticas e em suas subversões dos enquadramentos estratégicos. Paralelamente, o conceito de agência lateral (BERLANT, 2011) diz respeito a um modo de manter a consciência dentro do universo do ordinário que ajuda as pessoas a se manter diante da dificuldade de perpetuar a vida contemporânea. Trata-se de uma experiência peculiar de sustentação de um agir no mundo que não deixa de existir e de se afirmar, ainda que se situe nas margens do social.

Esse conjunto de artefatos teóricos serviram para elucidar os modos de agir

(MARQUES, 2016), ou seja, as formas de agência e de instituição da condição de doente mental em âmbito público e privado, embutidos no quadro maior do que se faz do e no vivenciar do sofrimento psíquico.

Tratou-se de pesquisa vinculada a uma pesquisa maior aprovada sob o parecer nº 023-12 do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva, vinculado à Universidade Federal da Bahia. Todos os participantes anuíram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/2012.

Resultados

Nossos interlocutores-chave, até devido ao próprio objetivo de nossa empreitada cartoetnográfica, poderiam ser vistos de modo mais superficial apenas como pessoas que, imersas em contundentes experiências de sofrimento social e psíquico, engajam-se em diversas instâncias terapêuticas com fins à amenização dos males que lhes atordoam. Observamos, todavia, que essa experiência de sofrimento não se traduz somente em um “tornar-se alvo” de cuidado, mas também os conduz a se tornarem cuidadores.

Além disso, percebemos que o cuidado de si e do outro permeia as relações intraterreiro e não é somente da alçada das lideranças religiosas, mas se distribui entre todos os membros. Mesmo passando por uma série de percalços em suas existências e itinerários terapêuticos, observamos que ocorre uma interessante inversão, de forma que o ponto final dessas linhas de cuidado deixa de ser o cessar do sofrimento ou a resolução das demandas e passa a se pautar na construção de um lugar de abertura em que o “cuidar do outro” passa a ser também um “cuidado de si” nos termos foucaultianos (FOUCAULT, 2006).

Ao tratar do conceito de “cuidado de si”, Foucault apresenta três modelos de práticas de si: o platônico, o cristão e o helenístico. Os dois primeiros dizem respeito, respectivamente, a uma junção entre o cuidado e o conhecimento de si, e a um esforço de cuidado de si que tem como fim último a purificação e renúncia a si mesmo.

No último modelo é que o pensador francês perceberá uma continuidade entre o cuidar de si e o próprio ato de viver.

Nesse processo de transição entre a busca por cuidado e o “tornar-se um cuidador” vislumbramos o desenrolar de um processo ético em que o sujeito se volta para si, mas não como um fim em si mesmo. Ao contrário, esse investimento em si implica necessariamente uma atitude em relação ao outro e ao mundo em que, para retornar ao mundo, o sujeito confronta-se com sua condição. Sendo assim, não se constitui enquanto um exercício de solidão, mas como prática social (FOUCAULT, 1985, p. 57).

As práticas de cuidado de si estão embebidas em relações de poder, na medida em que dizem respeito a jogos estratégicos entre liberdades por meio dos quais se tenta ordenar e delimitar formas de condutas, o que pode ou não – ainda que frequentemente o faça – estar relacionado a formas de dominação mais ou menos patentes (FOUCAULT, 2004).

Por outro lado, a demanda de cuidado do outro concorre para o cuidado de si. Perceber que se é responsável por alguém vulnerável conota a necessidade de olhar para si, manter-se bem para estar disponível para o outro que não necessariamente tem o mesmo domínio. Nesses termos, parece haver um fator protetor nesse exercício de cuidado, no entanto, outras relações de submissão (por exemplo, as de gênero que por vezes confluem para uma expectativa social de constante disponibilidade para o cuidado de vulneráveis) inserem uma boa dose de sofrimento nesse esforço do cuidado de si.

No caso específico de nosso trabalho, o cuidado de si entremeia dois enfoques importantes: o cuidado do corpo e o cuidado da casa. O estatuto da melhora e da recuperação cristaliza-se no zelo em relação ao espaço doméstico e à higiene pessoal e vestimentas que comprovam – para si mesmo e para aqueles que estão ao redor – a (re) tomada do cuidado de si. As formas de autocuidado, por mais simples ou banais que possam parecer, estabelecem uma conexão entre aquilo que é de foro íntimo e/ou privado e o espaço público, como ilustram os

fragmentos a seguir:

Candelária mais uma vez repete que quer consertar a porta da frente de sua casa e consertar seus dentes, pelo menos a prótese inferior, pois a superior lhe dá ânsia de vômito e machucados no céu da boca. (Diário de Campo – Candelária)

A roupa que comprasse, a roupa que você comprasse e desse, ela [Bárbara] vestia. (...) Hoje não! Já faz um supermercado, leva o pai no médico, eu já disse a ela, já cozinha.(...) Já se arruma pra ir numa festa, já vai pra uma festa. (Entrevista – Pai Júlio)

Antigamente eu não ligava, como eu digo, pra uma roupa, pra um sapato. Do jeito que tivesse estava bom. Hoje não. Hoje eu quero sair, ver o que o mercado oferece, uma roupa legal, uma marca de pasta de dente, não sei o quê. Coisas desse tipo. A vaidade, realmente, bateu na nossa porta do usuário de saúde mental que tá compensado e a vida fica cara. (Entrevista – Lázaro)

Ele fez 26 anos e chegou de boné amarelo, camisa branca, bermuda jeans e um tênis com um enorme logo da Nike® reluzente. Por sinal, todas as roupas de Jorge são muito bem cuidadas e sempre que nos encontramos ele está muito perfumado. (Diário de Campo – Jorge)

Jorge sentou-se comigo na sala e estava arrumado, com uma camisa que era uma imitação das de uma grife europeia bastante conhecida. As roupas estavam passadas e limpas como eu dificilmente vejo, mesmo nos ambientes mais formais. Além disso, Jorge ostentava um enorme relógio de pulso dourado que, segundo ele, custou 700 reais com um revendedor da Technos®. (Diário de Campo – Jorge)

No entanto, nem só de louros e rosas é feita a elaboração estética de nossos partícipes. Em especial na experiência feminina, temos, por um lado, um expressivo reforço social do investimento na aparência, mas por outro, este não deve ultrapassar certos platôs. Mais especificamente, os cuidados estéticos femininos, quando remetendo à sedução e destaque da

feminilidade, podem ser desvalorizados e mesmo tomado como índice de adoecimento mental, como quando as irmãs afirmam que Bárbara dá sinais de que está prestes a ter uma crise quando começa a se maquiar já de manhã cedo.

Nesse sentido, índices de exacerbação da sensualidade tornam-se por tabela elementos patognomônicos rapidamente percebidos pelos familiares. Daí a ambivalência entre o tremendo esforço em manter-se autônoma em seu autocuidado e na condução de sua hexis corporal e o cerceamento de tamanho empenho por parte de limitações impostas pela deletéria parceria entre a disseminação do saber psiquiátrico e o controle sobre a sexualidade feminina; parceira esta que, como nos mostram os primórdios da psicanálise e toda a problemática da histeria, está longe de ser um fenômeno contemporâneo (ENGEL, 2007). A lateralidade da agência esbarra nesses esquadrinhamentos sociais, cuja força e gravidade acirra-se ainda mais no caso de mulheres negras e pobres.

Um aspecto digno de nota aqui se refere à relação entre o cuidado de si e consumo. Como vimos, o cuidado de si não necessariamente rompe totalmente com relações de poder, mas ajuda a criar subterfúgios das amarras enrijecidas e dominadoras que tais relações podem adjudicar. Um processo dessa estirpe muitas vezes envolve ambiguidade e contradições.

Na experiência de Jorge, vemos que ele é bastante preocupado com sua aparência e procura adequá-la ao máximo aos ideais de beleza e consumo correntes entre os jovens que habitam favelas e comunidades periféricas. Essa preocupação inclui os esmerados cortes de cabelo que faz entre sete e quinze dias no barbeiro e também o investimento em roupas, relógios, calçados e joias que façam alusão a marcas reconhecidas como algo “da moda”.

Quando passamos pelo barbeiro local no final de uma tarde de sábado, vimos que o ambiente estava lotado de rapazes de sua idade que, enquanto cortavam o cabelo, ouviam *funk* e pagode, bebiam e conversavam amenidades. O espaço da barbearia surge como local de exercício do cuidado de si e de convívio social em um

reduto eminentemente masculino e, talvez mais, um refúgio da subcultura da masculinidade das favelas dos grandes centros urbanos. Subjaz aí a construção de um lugar social de homem que lhe oferece algum empoderamento e inclusão. Basta uma breve caminhada ao lado de Jorge por sua comunidade que vemos como os rapazes que o cumprimentam usam uma indumentária bastante semelhante, o que de certo modo mostra que Jorge é “mais um” entre eles.

As ambivalências e incertezas da sociedade contemporânea com respeito ao que é domínio do masculino e do feminino (em termos de estereótipos) não rompem de todo com alguns ideais mais tradicionais relacionados ao masculino na sociedade brasileira, como o “ser ativo” e a agressividade (FRY, 1982); todavia, esse olhar mais tradicional passa a competir com uma pluralidade de formas de vivenciar a masculinidade e a feminilidade que os indivíduos são relativamente livres para manejar e combinar (GOLDENBERG, 2000).

O consumo, nesse caso, parece ser a conexão entre os modos mais tradicionais e os mais modernos de “ser homem”, afinal, evidenciar o poder aquisitivo também é uma forma de mostrar a ambição, o poder e o prestígio que se espera do macho provedor.

Vislumbra-se aqui novamente a busca e a certa obtenção de prestígio e reconhecimento em termos de afeto e estima social, já que por meio de seu figurino, Jorge mostra que, tal como os demais jovens de sua idade, pode adquirir e sabe utilizar e ostentar um outro lugar bastante além daquele de doente mental e viciado em que é cotidianamente enjaulado. Para obter tal poderio, Jorge compromete parte de sua renda nos bens valorizados pelos homens do seu convívio, de modo que a empreitada estética e os gastos com drogas lícitas e ilícitas para si e amigos compromete a maior parte de sua renda e destitui-o de seu valor enquanto homem-provedor na vida doméstica. Jorge, porém, escolhe entre o “tiro na mão ou no pé” (como na dramática cena do filme “Cidade de Deus”) e abre mão da estima familiar em prol da honra e da possibilidade de colocar-se como um par

entre os homens jovens da favela.

De todo modo, podemos observar todo um engajamento no cuidado de si que possui enquanto importante expressão o aprumo da estética corporal e como elas criam possibilidades de criar linhas de fuga e espaços de liberdade no esquadramento social opressivo a que nossos interlocutores estão permanentemente sujeitos.

Todo esse investimento na aparência, seja nas vestimentas e adornos, seja nas práticas de higiene e limpeza corporal, se não é necessariamente um efeito da inserção religiosa no candomblé, pode ser tomado como uma forma de estar no mundo por ela incentivado. O preparo de roupas, o cuidado com adereços e a indumentária, bem como seu uso e afirmação no espaço público são elementos fundamentais.

Cada religião possui um corpus de crenças e costumes que paulatinamente se inscrevem no corpo dos adeptos, sendo essa espécie de “didática religiosa do corpo” mais direta e evidente em algumas religiões do que em outras. De todo modo, cada religião acaba por direcionar o engajamento de seus adeptos no mundo, o que necessariamente passa pelo corpo e por seus usos.

Duccini (2012), em seu trabalho sobre a participação de pessoas de classe média em casas de candomblé soteropolitanas, salienta que essa imersão religiosa passa por um processo de autoidentificação com a religião, o qual teria como eixo a apropriação de disposições corporais adequadas. Essa apropriação seria possível devido à (relativa) flexibilidade dos esquemas corporais, o que permitiria que essas novas construções sejam paulatinamente incorporadas e executadas.

A autora concebe a autoidentificação como algo que possui uma dupla constituição: por um lado, traz em seu bojo a capacidade de utilizar conceitos e avaliações e, por outro, envolve a capacidade de agir no contexto interacional em questão. Esse agir, porém, é encarnado, ou seja, é regido por certa sistematização por meio de esquemas corporificados inerentes à avaliação

e à percepção, sendo deles indiscerníveis. Não se trata, porém, de uma submissão da vida social ao corpo, na medida em que a primeira também coloca em pauta a mobilização de recursos comunitários que influenciam a constituição desses esquemas corporais. Há, portanto, um estabelecimento intersubjetivo de limites à percepção e à reflexão, o que reitera a indissociabilidade entre corpo e cultura.

Tem-se aí um corpo socialmente situado e semiaberto ao alargamento corporal. A identificação com a religião, dessa forma, faz-se gradualmente, à medida em que os corpos dos adeptos integram-se e adaptam-se a esse novo mundo (RABELO; SOUZA; ALVES, 2012).

Por esse raciocínio, observa-se, inclusive, que o intuito de cuidar da alma passa necessariamente pelo corpo, de forma que este exerce um papel central na vida religiosa e na relação com o sagrado. Se pensarmos no momento histórico atual das sociedades ocidentais, a vivência religiosa tem-se tornado menos contemplativa e mais e mais vem valorizando o aspecto performático e corporal, como fica bastante claro nos cultos católicos carismáticos e neopentecostais (GOMES, 2003).

Jackson (1989) observa que os rituais podem ser entendidos como instâncias de desorganização do cotidiano em que formas alteradas de uso do corpo contribuem para desencadear a produção de novas imagens e confronto com distintas possibilidades de organização do mundo social. Esse deslindar engloba todo um processo de aprendizado que não se reduz ao cognitivo, assim como um treino da atenção via cultivo dos sentidos.

Augras e Guimarães (1990) veem que o processo de construção simbólica do corpo do iniciado e do assentamento dos deuses de seu “carrego”³ atenderia a duas exigências contraditórias: a preparação do adepto para a manifestação da síntese entre o corpo do homem e a divindade que possui; e a construção de um dispositivo que afirma a fragmentação, dado que energias distintas se mesclariam e diferenciariam

3 Expressão que designa os orixás próximos ao orixá regente do neófito e que precisam, por isso, ser “tratados” e assentados para que possam receber sacrifícios e oferendas.

no corpo e na existência do fiel.

A estrutura cosmológica dessa religião elegeu o corpo como intermediador de sacralidade, logo, é na manifestação corporal que está a comunicação com sagrado e a expressão de uma identificação com essa religião. Em tal manifestação estariam implícitas a memória, a cultura e a tradição que se expressam por meio do legado simbólico presente nas formas gestuais. Nesse circuito, oferendas, rituais, danças e cantigas coadunam-se a um sujeito corporificado que se faz divino, ao mesmo tempo em que negocia e troca com os deuses.

Pudemos verificar por parte dos interlocutores esse desejo de querer se apresentar ao mundo de uma outra forma. Para isso, provavelmente, em muito colabora o valor da apresentação estética de si no espaço do terreiro. De acordo com Luz (1995), o termo “odara”, utilizado para se referir ao que é belo, bom e útil, nos mostra como a beleza no culto do candomblé ultrapassa a sua apresentação física. Aquilo que é odara tem a ver com o bom desenrolar dos rituais – por exemplo, a aceitação de uma oferenda, a dança vigorosa de um orixá e mesmo a dança dos filhos de santo no xirê, onde a comunidade afirma publicamente o êxito ritualístico prévio e exhibe a solidez de seu conhecimento – e com a boa circulação do axé, o que repercute diretamente na vida e nos corpos dos adeptos.

Souza (2007) observa, contudo, certa ostentação nas vestimentas e adornos, tanto dos orixás quanto dos filhos. O luxo e o aprumo das vestimentas, segundo a antropóloga, contrasta com as condições socioeconômicas precárias em que vive parte expressiva de seus adeptos. Essa contradição, porém, poderia se explicar em si mesma, já que o sacrifício para vestir e expor o esplendor de seus deuses manifesta a devoção de seu filho que, apesar das intempéries da vida mundana, faz todo o esforço para louvar e expor a força e a beleza do orixá.

Pudemos perceber que o corpo, detalhadamente adereçado e composto, torna-se também um veículo expressivo e estético do pertencimento religioso. Em diversos momentos que não envolviam idas ao terreiro, nossos

interlocutores utilizaram adereços (em especial fios de conta ou ilequês, como também são chamados) e peças em tom mais claro, quando não totalmente brancas. Dessa forma, eles sinalizam aos olhos de todos que se propuserem a ver qual o seu orixá e/ou aqueles orixás que os protegem ou que regem o terreiro a que estão vinculados (SOUZA, 2007). De uma manifestação da fé e da devoção, passamos a uma elaboração e exposição identitária enquanto uma afirmação pública do pertencimento à comunidade de terreiro:

Ele [Lázaro] estava, como sempre, muito bem arrumado, com uma camisa de botão muito limpa e bem passada (muito mais do que as minhas, rs), calças na mesma situação e um fio de conta que, dessa vez, não era um delogun de Ogun ou Omolu, como ele costuma usar, mas uma espécie de cordonê de palha envelhecido, mas que não se parecia exatamente com um mocã. Infelizmente não tive tempo naquele momento de perguntá-lo sobre aquele tipo de adereço, que eu desconhecia, pois a reunião [assembleia do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS] já iria começar. (Diário de Campo – Lázaro)

Após alguns minutos, Dona Candelária aparece. Toda de branco, com um gorro de pano branco, um vestido todo em renda e um fio de Ogun. No meio de nossa caminhada, uma vizinha olha-nos de cima a baixo e Dona Candelária cumprimenta-a, ao que a vizinha fala em tom ambíguo: - Eu saí disso [referindo-se ao candomblé]... - Ao que Dona Candelária prontamente responde: - E eu agora estou cuidando! (Diário de Campo – Candelária)

O compartilhar de uma mesma linguagem, valores e posturas corporais proporciona aos adeptos dessa religião uma marca identificatória, que concorre para o ordenamento da vida social dessas pessoas, tanto interior quanto exterior ao terreiro. Essa identidade, como podemos notar nos relatos acima, far-se-ia notar pela diferença em termos de suas representações, mas também de suas marcas corporais. Estas explicitam a alteridade e por vezes fazem emergir conflitos com não adeptos em espaços fora do

terreiro, como vemos no episódio ocorrido com Candelária.

Em ambos os casos, o uso dos elementos da indumentária dos cultos de matrizes africanas mostra-se como um ato de resistência. Lembremos que na mais emblemática crise de Candelária, ela caminhou nua pelas ruas da cidade. Ao caminhar agora por elas, depois de tanto tempo do ocorrido e de todo um engajamento terapêutico no terreiro e no CAPS, Candelária afirma não só sua saúde e recuperação, mas como a sua reformulação identitária e seu vínculo com os orixás são parte desse processo. O “ser louca” dá lugar ao “ser do santo” e é isso que, apesar dos olhares reprovatórios daqueles que discriminam o candomblé, situa os fios de conta, o turbante e a bata branca como, mais do que símbolos, ferramentas de resistência e de afirmação da sua cidadania.

Algo semelhante aparece na figura de Lázaro que utiliza diariamente seus ilequês em todos os locais por onde circula. Enquanto transitam pela cidade, os dois contam suas histórias, a de seus ancestrais e de seus orixás, entrelaçando em si mesmos axé, vida e saúde.

De forma distinta, Jorge também faz uma afirmação corporal de seu pertencimento religioso. Ele dificilmente usa branco, ilequês ou outro tipo de adorno, mas veio imprimir essa simbologia em seu corpo de forma ainda mais concreta e permanente. Na primeira vez que nos encontramos, antes mesmo de estabelecermos efetivamente um diálogo, ele levantou a camisa enquanto aguardávamos o início de uma festividade no terreiro de Pai Júlio no meio do barracão (salão onde ocorrem as festas) e mostrou-me uma enorme tatuagem de São Jorge que tem na barriga, justamente o santo sincretizado com Oxossi na Bahia. Ele, todavia, não era o único. Nas duas casas em que fizemos o trabalho de campo, havia uma quantidade significativa de filhos de santo com tatuagens.

Não há um consenso entre as lideranças religiosas do candomblé acerca da feitura de tatuagens. Alguns sacerdotes reprovam veementemente essa escolha, pois as tatuagens seriam incisões na pele, tal como as curas feitas

no processo de iniciação que delineiam no corpo o vínculo com o terreiro e sua ancestralidade, bem como com os orixás e o sagrado.

Barros e Teixeira (2000) afirmam que o candomblé agrega uma série de crenças e sentimentos associados ao corpo humano, que acabam por consolidar um denso conjunto de representações que extrapolam a sua dimensão biológica; isso porque o corpo do filho de santo é, por um lado, veículo para as divindades e, por outro, a fonte por excelência da expressão da individualidade humana. Nos corpos daqueles que daqueles que cultuam os orixás, incidiriam inscrições ou “marcas” das divindades delimitadoras de identidades. Teria, assim, o corpo papel primordial nas vidas sagrada e profana dos candomblés (p. ex. as rodas de samba posteriores aos rituais e festas). Essa religião “se imprime no corpo, estipulando seus usos e marcando a estrutura somática individual, de forma que o psíquico, o físico e o coletivo possam formar um complexo que somente a abstração pode separar” (BARROS; TEIXEIRA, 2000, p. 109).

Tomando-se essa acepção sob um olhar mais radical – não exatamente no sentido de extremo, mas de retorno à raiz, ou mesmo de um retorno a uma origem a ser resgatada –, as tatuagens, por mais que homenageiem orixás ou outras entidades, seriam uma forma de desvalorização das curas, que ficariam aí em pé de igualdade com um adorno profano, já que dividiriam com elas seu espaço no corpo do neófito. Outros já reconhecem a profusão contemporânea do uso de tatuagens como algo não passível de proibição, dada a sua grande difusão em nossa sociedade. Nesse sentido, recomendam apenas que não cubram as curas e que se atente para a concepção dos desenhos, evitando-se símbolos pornográficos, ofensivos, de apoio à intolerância ou à violência.

No caso de nossas pesquisas, não foi perguntado diretamente aos sacerdotes e a filhos de casa sobre esse polêmico tema, já que a resposta se materializava no corpo dos adeptos. Em uma das casas, por exemplo, o próprio sacerdote tinha tatuagens, bem como todos os membros de sua família biológica – em especial uma idêntica que

todos possuem em que homenageiam a filha adotiva falecida há pouco tempo. Sendo assim, a homenagem de Jorge a seu orixá de cabeça não conforma em sua comunidade religiosa um euó⁴ ou infringência de uma norma, mas ao contrário, evidencia o compartilhamento de uma forma comum de louvar os orixás e de se considerar parte da comunidade.

Destacamos que é este um processo que desperta, desenvolve e canaliza sensibilidades na direção do estabelecimento de hábitos e disposições a longo prazo. Olhar para esse processo sensível de aprendizado na vida religiosa em sua inteireza e densidade, todavia, é uma tarefa que exige “mais que uma simples descrição das experiências sensíveis produzidas nos rituais – é preciso traçar os fios que conectam essas experiências a outras arenas da vida social, encontrar os caminhos pelos quais elas desembocam, com maior ou menor força, na vida cotidiana” (RABELO, 2011, p. 19).

Passaremos agora à segunda dimensão do cuidado de si a que fizemos alusão anteriormente, a saber, aquela concernente ao cuidado do espaço da casa. Roberto DaMatta (1997) explicita em “A casa & a rua” como a casa na sociedade brasileira pode tomar dimensões mais ou menos públicas ou privadas, a depender do contexto de referência. Pode, por exemplo, designar o próprio quarto – ambiente íntimo e resguardado de uma pessoa mesmo no seio familiar – e mesmo o país inteiro quando, por exemplo, diz-se que o Brasil é a “nossa casa”. Seguindo esse raciocínio, ele estabelece um modelo tripartite de “modos diferenciados e complementares de “ordenar” e também de reconstruir e construir (ou inventar) a experiência social brasileira” (DAMATTA, 1997, p. 20), que envolveria a casa (eixo do privado e das emoções), a rua (eixo da letra da lei e da impessoalidade) e o “outro mundo” (eixo ligado a uma nova lógica que escancara as misérias do mundo e a admissão de que há forças maiores que o humano). Essas dimensões são

evidentemente complementares e mesclam-se entre si em diversas situações.

Para os fins desse artigo, vamos nos ater ao domínio da casa. Para o autor, o eixo da casa liga-se à pessoalização das relações, à suspensão da neutralidade e tem forte apelo emocional. Nesse eixo, os indivíduos seriam “supercidadãos”, já que o anonimato cai por terra e nesse domínio se pode ter voz, apelo e visibilidade, requisitando espaço na hierarquia familiar e no território doméstico – o que fica particularmente difícil quando se está sob a égide da rua.

Vemos em nosso trabalho que, em alguma medida, o domínio da casa engloba o da rua em diversas situações para nossos interlocutores. Isso pode dizer respeito também à vida em favelas e bairros periféricos, onde mesmo a proximidade física impele a uma aproximação entre as diferentes residências. As estreitas vielas permitem circular entre elas, que estão sempre de portas abertas e o som pujante da televisão ou do rádio que comunica e convida o “de fora” a comungar do espaço doméstico. Mesmo que não haja laços de amizade ou de afeto mais profundos, alguma intimidade é inevitável. A casa, dentro desse modo de vida, é um lugar aberto à comunidade mais ou menos anônima que por ali circula, devendo assim ser alvo de cuidados constantes.

Afora isso, os adornos da entrada fornecem elementos simbólicos da inserção religiosa dos participantes. Isso fica claro nas folhas de mariô⁵ e enfeites de palha que adornam as casas de Lázaro e Candelária e o uso de cabaças como peças decorativas. Apenas na casa de Bárbara não vimos esse tipo de manifestação, mas eles estão presentes na casa de sua irmã (Dandara), que é praticamente acoplada à sua.

Observamos nesses símbolos a fusão entre duas casas: o terreiro e a residência formal. Isso se faz notar desde as festas do caboclo de Dandara em sua casa, para as quais o pai de santo se desloca com sua família carnal e auxilia

4 Interdição religiosa; tabu; quizila. Refere-se a comportamentos, atitudes, alimentos e outros elementos da vida cotidiana, cuja manipulação é interdita ou deve ser precedida e/ou seguida de uma série de cuidados.

5 Folha nova da palmeira de dendê ligada ao orixá Ogum e que adorna portas e janelas de terreiros e residências de candomblecistas com fins a proteger a moradia.

em todos os preparativos, passando pela casa de Candelária que atualmente já possui nos fundos do quintal uma casa ornada por cabaças e folhas de mariô, onde estão seus assentamentos de santo. No terreiro de Lázaro e Candelária, o espaço físico é limitado, de forma que com sete anos de iniciação, o filho da casa deve levar seus assentamentos para sua residência física, a não ser que não tenha condições financeiras ou espaciais para isso. No caso de Candelária, o “transporte” dos assentamentos pôde ser adiantado devido à proximidade geográfica entre as duas casas e por ela possuir um vasto quintal. Até mesmo por isso, o pai de santo dá a obrigação de Candelária na casa dela e lá mesmo é feita a festa pública de saída, que encerra o ritual da obrigação.

Se o neófito leva permanentemente em seu corpo o axé de seus orixás e antepassados, devendo se comprometer com a manutenção desse quantum de axé por meio de práticas rituais e do uso de símbolos e enfeites, pode-se perceber que algo semelhante ocorre em relação à moradia mundana do neófito. Ao retornar da iniciação, sua residência profana não é mais a mesma e passa a ser também refúgio daqueles seres e espíritos que zelam pelo seu filho. Ela também passa a receber adornos e símbolos de pertencimento e deve ser também alvo permanente de cuidados de higiene, asseio e decoração, ainda que haja obstáculos de ordem econômica para tal. Emerge novamente aqui a dimensão sacrificial de uma construção concreta do simbólico e do intangível na vida diária dos filhos de santo.

Verificamos ainda que o ambiente doméstico e os objetos que o compõem conformam as experiências de crise e se constituem como lócus de seu acolhimento e expressão.

Vejamos, por exemplo, as sessões de caboclo que ocorrem quinzenalmente na residência de Pai Ernestino – Pai Pequeno (espécie de liderança secundária e hierarquicamente mais próximo do pai ou mãe de santo que qualquer outro) do terreiro de Pai Gerônimo – na periferia

de Salvador. Nessas sessões, os filhos de santo iniciados no terreiro de Gerônimo (que fica em outra cidade) entram em transe e recebem os caboclos, que oferecem consultas à comunidade. Nelas, começa o estabelecimento de uma linha de cuidado que vai da sessão de caboclo coordenada pelo pai pequeno ao terreiro do pai de santo, que seria responsável pelo bori⁶, uma intervenção de maior complexidade e apenas de sua alçada. Nesse percurso, o sujeito em aflição sujeito passa a enquadramentos específicos dentro da mesma instituição com fins à resolução de sua demanda, como se pode ver a seguir:

Pai Ernestino: Quando eu encaminho pra ele [Pai de Santo], é porque é pra passar... dar um bori. Bori pra ajudar, é tudo com ele. O bori é pra saber se a pessoa vai fazer feitura ou não.

Clarice: Ah, sim! Então se tiver necessidade de um bori, o senhor já...

Pai Ernestino: Encaminha pra ele.

Clarice: E aí, essa necessidade do bori, quem diz é o caboclo?

Pai Ernestino: O caboclo mesmo fala que é pra procurar o Gerônimo, que a parte dele, ele já fez e que a parte que tem pra fazer já não é mais dele. (...) ‘Cê sabe que o caboclo não pode dar bori. Quem dá é o pai de santo, né? Dá o iniciamento aqui em minha casa e depois vai pra roça. Inicia direto, depois. (Entrevista – Pai Ernestino)

Além disso, essas mesmas sessões que aparecem como lócus de cuidado em saúde mental, por seu turno, também se tornam arenas de discussão em torno do tema.

Nos momentos que antecedem a sessão, os participantes se dividem entre a preparação e conversão do ambiente doméstico em sacro – que envolve desde a preparação de pipocas com lascas de coco, bem como a de um mingau e café a serem servidos ao público em momentos específicos do ritual, até a organização de folhas (com as quais são feitas benzeduras), charutos e cervejas pretas (servidos aos caboclos durante

6 Termo de origem Yoruba que pode significar nas duas formas variantes: “cobrir a cabeça” ou “sacrificar para a cabeça”. É usada para designar o ritual no qual se dá comida à cabeça de alguém e integra a iniciação no candomblé, no entanto, esta não se reduz a ele e vice-versa.

a sessão) para a cerimônia – e conversas acerca de amenidades e problemas da vida diária, como podemos ver a seguir:

Um senhor de Oxalá (percebi pelo fio de contas⁷) e sua esposa começam a pedir que Lázaro consiga um estágio para sua filha, que estava do outro lado da sala (o que não significa que haja uma longa distância, pois se a sala tem 10 m², é muito). Lázaro recomenda que a menina participe das reuniões da Associação e não reconhece que ele, em si, não pode arrumar emprego para ninguém. Enfatiza seu papel como conselheiro distrital de saúde e diretor financeiro da Associação, diz que eu participo como apoiadora e que a menina “ficará como eu” (sic), que sou psicóloga (isso parece ressaltar a seriedade e o profissionalismo do local) e as pessoas parecem reconhecer sua autoridade. (...)

Esse casal começa a contar a história de uma senhora que costumava ir às sessões na casa de Pai Ernestino e que foi colocada por seus familiares, que querem ganhar dinheiro em cima dos imóveis da senhora, em uma residência terapêutica (que eles chamam de casa de recolhimento/repouso) ligada ao CAPS X. Eles falam, porém, que ela “não tem nenhum problema, que anda por aí, visita pessoas” (sic). Toda a história soa misteriosa, inclusive para os próprios narradores, que reiteram não entender como a família conseguiu fazer isso. Lázaro diz que é o responsável da Associação e que esse CAPS está sob sua jurisdição e que ele averiguará a situação. É curioso, pois Lázaro há tempos mal e mal vai a algumas reuniões e quando lá está mostra-se cansado e irritado com alguns membros que têm ganhado destaque e liderança e volta e meia fala como permanece ali apenas porque sabe que é seu dever. Na casa de Pai Ernestino, esse desgostoso militante dá lugar a um sujeito articulado e engajado politicamente, que dá orientações, faz avaliações e direciona problemas. (Diário de Campo - Lázaro)

Estar na militância oferece um outro status social que permite, inclusive, colocar-se em uma posição de auxiliar ou discípulo; alguém poderoso cuja identidade não é

conhecida naquele circuito e que está se dando a conhecer de modo quase beneficente. Nesse sentido, a fala sobre “descobrir a verdade” pode ser lida como artifício retórico para gerar uma curiosidade acerca de sua outra faceta identitária, abrindo novas margens de reconhecimento e prestígio dentro do grupo. De forma semelhante, mostrar que tem destaque no “mundo lá fora” repercute no “mundo interno” e na convivência no circuito mais fechado das relações no culto, ratificando o estatuto de enfermidade, mas sob um outro prisma que não o da dependência e da incapacidade.

Lázaro também fala sobre o rompimento do cotidiano e da flutuação das fronteiras entre sua casa e a rua ao narrar que a vizinhança percebe que ele está em crise quando ele fecha as janelas e diminui o volume da televisão. É interessante perceber que, de certa forma, Lázaro estabelece uma comunicação com os vizinhos e sinaliza sua necessidade de cuidados tanto para seu Ilê – a vizinha da casa ao lado frequenta o mesmo terreiro que ele – quanto para o CAPS. Ambas as instâncias podem, assim, ser acionadas quando Lázaro não consegue expressar essa demanda ao serviço por conta própria.

Nesse sentido, a abertura ao espectro midiático na televisão afirma sua presença no coletivo e, de modo oposto, a diminuição do volume retrata o seu próprio silenciamento e distanciamento do mundo da vida. A TV, nesse novo enquadramento, torna-se meio para uma outra mensagem. Sua finalidade objetiva inicial dá lugar a outra e o próprio Lázaro passa de expectador a emissor de um conteúdo, levando a um público simultaneamente difuso e específico algo da sua experiência privada.

Considerações finais

De acordo com o que pudemos verificar, o terreiro se coloca como um espaço de pertencimento, ao qual se deve satisfações e com o qual se tem obrigações, o que por si só, já possui um efeito terapêutico que não tem a

⁷ Colar feito com miçangas utilizado por adeptos do candomblé, cujas cores remetem a um ou mais orixás.

ver propriamente com as intervenções rituais, mas com a conexão com o lugar e os processos de territorialização e desterritorialização que se põem em curso na vida dessas pessoas. Isso se faz notar em vários nichos: processos de mediação da alteridade, integração em redes de pertencimento, construção identitária, negociação com as dinâmicas de estigmatização etc.

Por outro lado, o vínculo ao terreiro é profundamente ligado às pessoas, espíritos e relações que ali se estabelecem. O terreiro, por sinal, não é lugar terapêutico em princípio, ainda que tenha esse efeito, mas é pensado como comunidade. Nele, a aflição é reconhecida e tratada, mas como observamos em nosso campo, essa remissão do sofrimento presta-se a uma concepção mais ampla de si e do mundo e de fortalecimento para que se possa contribuir com o funcionamento e sobrevivência da comunidade, mesmo que para isso depois seja necessário diminuir ou pôr de lado o padecimento desses adeptos.

Com base em nossos achados, podemos afirmar que os terreiros se mostram como profícuas instâncias de cuidado em saúde mental, porém, as tramas que esse cuidado forja em muito ultrapassam a lógica da assistência médica ou religiosa, mas criam e ajudam a sustentar modos não-hegemônicos de estar no mundo, ao possibilitarem potentes releituras das trajetórias biográfica, ancestral e religiosa.

Com relação a isso, reiteramos aqui a importância da imersão e participação religiosa no candomblé para a elaboração de uma ética do cuidado de si na qual o cuidar do corpo, da casa, de si mesmo e do outro dá o tom das formas de se relacionar intra e extraterreiro. Neste ponto, a temática do “cuidado de si” mostra como as redes de cuidado consolidadas no candomblé acabam por refletir em uma ética do cuidado de si que também é corporificada e manifesta no zelo com a própria residência, que se torna também extensão da morada espiritual, colocando-se como espaço de afirmação do pertencimento e de identidade.

Por fim, destacamos como a imersão

religiosa no candomblé contribui para a formulação de táticas e possibilidades de agência e resistência para além da refratariedade e da inclemência das portas giratórias do sofrimento social. Dito de outro modo: o “tornar-se filho de santo” incrementa o cuidado de si e propicia, conseqüentemente, um adensamento da rede social de apoio, do reconhecimento (HONNETH, 2003) e de elaboração tática do cotidiano (DE CERTEAU, 1998). Ampliam-se os circuitos de apoio mútuo, os quais, se não eliminam de todo os óbices configurados pela pobreza, a intolerância, a misoginia e a estigmatização, contribuem para a afirmação desses modos não-hegemônicos de estar no mundo e, dessa forma, da própria vida como valor.

Referências bibliográficas

AUGRAS, Monique; GUIMARÃES, Marco Antônio. O assento dos deuses: um aspecto da construção da identidade mítica no candomblé. *Religião e Sociedade*, v.15, n.2/3, 122-135, 1990.

BARROS, José Flávio Pessoa de; TEIXEIRA, Maria Lina Leão. O código do corpo: inscrições e marcas dos orixás. In: MOURA, Carlos Eugênio Marcondes de (Org.). *Candomblé: religião do corpo e da alma*. Rio de Janeiro: Pallas, 2000, p. 103-138.

BERLANT, Lauren. *Cruel Optimism*. Durham & London: Duke University Press, 2011.

BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen. From submission to the text to interpretative violence. In: _____ (Orgs.). *Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Approaches to Semiotics Series. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995, p. 3-54.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: _____. *O trabalho do antropólogo*. 2 ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo Editora UNIFESP,

2000, p. 17-36.

DAMATTA, Roberto. *A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DE CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano – artes de fazer*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

DE LOACH, Chanté; PETERSEN, Marissa. African Spiritual Methods of Healing: The Use of Candomblé in Traumatic Response. *The journal of Pan African studies*, v. 3, n. 8, p. 40-65, 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. 5ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 2007.

DUCCINI, Luciana. No terreiro: processos encarnados de autoidentificação no candomblé. In: RABELO, Miriam; SOUZA, Iara; ALVES, Paulo César. (Org.). *Trajetórias, sensibilidades, materialidades: experimentações com a fenomenologia*. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 339-382.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007, p. 323-360.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: _____. *Ditos & escritos V – Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 265-287.

FRY, Peter. *Para Inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOLDENBERG, Miriam. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia. In: _____. (Org.). *Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000, p. 13-39.

GOMES, Joelma. *O corpo como expressão simbólica dos rituais do candomblé: iniciação, transe e dança dos orixás*. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.

JACKSON, Michael. *Paths toward a clearing: radical empiricism and ethnographic enquiry*. Bloomington: Indiana UP, 1989.

KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margareth. Introduction. In: _____. *Social suffering*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1995, p. ix-xxvii.

LATOUR, Bruno. *An Inquiry into Modes of Existence - an Anthropology of the Moderns*. Cambridge, London: Harvard University Press, 2013.

LUZ, Marco Aurélio. *Agadá - Dinâmica da Civilização Africano-Brasileira*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA: Sociedade de Estudos da Cultura Negra no Brasil, 1995.

MARCUS, Georg. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, v. 24, p. 95-117, 1995.

MARQUES, Tiago Pires. Modos de agir: a doença mental nas tramas históricas. In: NEVES, J. (Org.). *Quem faz a História*. Ensaios sobre o Portugal contemporâneo. Lisboa: Tinta da China, 2016, p. 71-82.

MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham & London: Duke University Press, 2002.

PORTUGAL, Clarice Moreira. *Entre enredos de axé e redes de saúde mental: uma cartoetnografia*

de adeptos do candomblé em processo de desinstitucionalização. 334 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Bahia, 2018.

PORTUGAL, Clarice Moreira; NUNES, Mônica de Oliveira. Entre o dito e o feito: uma análise preliminar da questão da aflição e do sofrimento nos estudos antropológicos sobre o candomblé. *Physis[online]*, v. 25, n.4, p.1313-1333, 2015.

PUSSETI, Chiara; BRAZZABENNI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011.

RABELO, Miriam. Estudar a religião a partir do corpo: algumas questões teórico- metodológicas. *CADERNO CRH*, v. 24, n. 61, p. 15-28, 2011.

RABELO, Miriam; MOTTA, Sueli; NUNES, Juliana. Comparando Experiências de Aflição e Tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo. *Religião & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 93-122, 2002.

RABELO, Miriam; SOUZA, Iara; ALVES, Paulo César. Introdução. In: _____ (Org.). *Trajetórias, sensibilidades, materialidades: experimentações com a fenomenologia*. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 9-43.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2 ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014.

SELIGMAN, Rebecca. The unmaking and making of self: Embodied suffering and mind-body healing in Brazilian Candomblé. *Ethos*, v. 38, n. 3, p. 297-320, 2010.

SILVA, Hélio. A situação etnográfica: andar e ver. *Horizontes Antropológicos*, n.32, p. 171-188, 2009.
SOURIAU, Étienne. Avoir une âme: essai sur les existences virtuelles. Paris: Les Belles Lettres/ Annales de l'Université de Lyon, 1938.

SOUZA, Patrícia Ricardo. *Axós e ilequês: rito, mito e a estética do candomblé*. 183 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, Maria Lina Leão. *A encruzilhada do ser: representações da (lou) cura em terreiros de candomblé*. 1994. 296 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 1994.

Uma *bildung* corporificada na cura antroposófica

Raquel Littério de Bastos¹

Resumo

O artigo apresenta os resultados e as estratégias metodológicas utilizadas para o registro denso da terapia antroposófica destinada a cura do corpo, nomeada de Euritmia Curativa, enquanto um processo de *embodiment* da *bildung* – palavra-conceito cunhada no romantismo alemão e noção de pessoa germânica - proposta pela Antroposofia – ciência espiritual europeia - para uma cura estética e moral permeada pela edificação de si mesmo. Nos resultados apresento a etnografia das sessões desta terapia antroposófica na Clínica Tobias, situada no bairro de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, durante o ano de 2013. A Clínica foi a instituição antroposófica pioneira fora da Europa e na América Latina. A partir das reflexões de Thomas Csordas e do paradigma da *embodiment*, o artigo se propõe a refletir sobre as experiências corpóreas vivenciadas nas sessões da Euritmia Curativa em busca de realizar uma *bildung* curativa do pesquisador e, na construção da corporeidade da terapeuta em sua autoformação profissional na Suíça.

Palavras-chave: *embodiment; etnografia; bildung; saúde, antroposofia*

A *bildung* embodiment in the anthroposophical cure

Abstract

The article presents the results and methodological strategies used for the dense registry of Anthroposophic therapy intended for body healing, named Euritmia Curativa, while a process of embodiment of Bildung - concept word coined in German romanticism and notion of Germanic person-proposed by anthroposophy-European spiritual science-for an aesthetic and moral healing permeated by the edification of oneself. In the results I present the ethnography of the sessions of this anthroposophic therapy at the Tobias Clinic, located in the neighborhood of Santo Amaro, in the city of São Paulo, during the year 2013. The clinic was the pioneering anthroposophic institution outside Europe and Latin America. From the reflections of Thomas Csordas and the paradigm of *embodiment*, the article proposes to reflect on the corporeal experiences experienced in the sessions of Euritmia curative in search of conducting a curative *bildung* of the researcher and, in the construction of The therapist's corporeity in his professional Bildung in Switzerland.

Keywords: *embodiment; ethnography; bildung; health, anthroposophy*

Introdução

¹ Professora Adjunta da Escola Multicampi de Ciências Médicas de Caicó - EMCM/UFRN

“...eu sou capaz de saber qual doença a pessoa tem ou terá apenas em observar o seu caminhar”... (Terapeuta da Eurytmia Curativa – Clínica Tobias, Primavera de 2012, São Paulo). Até esta cena, nenhum outro terapeuta antropósofo havia comentado suas habilidades fenomenológicas oriundas da empiria espiritual de forma tão aberta e contundente. É claro que minha natureza curiosa desejou muito saber sobre o meu caminhar e as minhas futuras doenças, mas não ousei perguntar temendo que a terapeuta possuísse mesmo essa habilidade, e que pudesse me revelar algo que eu não estivesse pronta para compreender. Por enquanto bastava a minha asma e o gosto amargo na boca, por intuir que se a terapeuta havia dito isso, muito provavelmente, foi porque viu em meu corpo e em meu andar algo que desejava me contar. Uma claudicância física ou moral, quem sabe? Agarrada como uma naufraga na racionalidade das teorias antropológicas de Marcel Mauss, sobre o efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade, não ousei perguntar. Acovardada, encerrei ali a sessão e a nossa conversa (Bastos, 2018).

A cena retrata um dos muitos encontros no percurso etnográfico que se sucederam nas sessões da terapia do corpo nomeada de Eurytmia Curativa em que nos remete às reflexões sobre o modelo retórico de Thomas Csordas, que garantiriam a eficácia terapêutica, convencendo os participantes da validade e da relevância por meio de um discurso significativo capaz de transformar as condições fenomenológicas sob as quais o paciente existe e experiênciava seu desconforto (CSORDAS, 2008, p. 50). As sessões desta terapia antroposófica foram etnografadas na Clínica Tobias, no bairro de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, em 2013. A Clínica foi a primeira instituição antroposófica fora da Europa e na América Latina.

A Antroposofia é uma ciência espiritual suíça, fundada pelo esotérico austríaco Rudolf Steiner

no início do século XX, que elaborou um sistema terapêutico pautada em uma empiria espiritual alicerçada na fenomenologia da natureza desenvolvida por Goethe e elaborada no século XVIII, no Romantismo Alemão. Reinterpretando antigas primícias da *Naturphilosophie*, Steiner organizou um sistema de cura *neorromântico* no qual o mote terapêutico consistia em promover a cura por meio de uma *formação*, uma *bildung*. *Bildung* é uma palavra-conceito cunhada durante o Romantismo e representou um projeto de unificação nacional orientada para o cultivo de uma *sensibilidade estética*.

A Eurytmia Curativa é uma das terapias da Antroposofia voltadas para a cura do corpo, e é indicada para um amplo leque de patologias (AMA, 2015)². O trabalho terapêutico consiste na repetição de fonemas ou sequências de fonemas e movimentos performáticos que se intensificam na prática constante e roteirizada até o paciente incorporar em sua rotina alguns movimentos considerados de natureza cósmica, segundo a cosmologia desta ciência espiritual (KIRCHENER- BOCKHOLT, 2009).

Os episódios na terapia da Eurytmia Curativa fazem parte de uma etnografia maior, multissituada, realizada entre os anos de 2012 e 2016, na qual descrevi a concepção de cura nesta ciência espiritual, onde observei primeiro as terapias voltadas para a cura do corpo, depois as da alma e as do espírito, que são complementares ou não aos tratamentos da medicina antroposófica oferecidas na Clínica. Após os registros das terapias na Clínica, convivi, em 2013, com os adeptos em uma comunidade rural Demétria nas proximidades da cidade de Botucatu, interior do Estado de São Paulo. Por fim, em 2014, convivi com os adeptos em uma comunidade situada na parte francesa da Suíça, na cidade de Vevey. Neste percurso me debrucei sobre a concepção de corpo e sua relação a palavra-conceito e noção de pessoa germânica *bildung*.

2 A Eurytmia Curativa é indicada para patologias orgânicas, neurológicas, posturais, musculares e psiquiátricas, como nos casos de asma, depressão, stress, reumatismos, artrites, e também na pediatria, como nos distúrbios de desenvolvimento da motricidade, dificuldades de aprendizagem, de concentração e de orientação espacial, enureses noturnas, crianças hipercinéticas, correção da postura e distúrbios do sono.

As etnografias sobre corpo e corporeidades com interface na saúde são abundantes na literatura antropológica. As pesquisas vão das terapias alternativas e o esoterismo da Nova Era, versadas pelo antropólogo Rodrigo Toniol (2016, 2018), passam pelas etnografias sobre as novas formas de parir na contemporaneidade (CARNEIRO, 2011; BASTOS, 2017), pelos corpos com problemas de pressão alterada entre as mulheres (Fleischer, 2018). Temos também as etnografias sobre consumo de práticas corporais orientais como a Yoga (Santos e Penteado, 2017), as dores agudas nos exercícios de musculação (Silva e Ferreira, 2017). No universo de tantos antigos etnográficos sobre corpo e saúde, identifiquei uma incipiência de textos que abordem a relação entre *embodiment* e *bildung* nas terapias neorromânticas.

O presente artigo aproveita o ensejo deste dossiê para narrar os resultados e as estratégias metodológicas utilizadas para o registro denso desta terapia corporal e o processo de *embodiment* da *bildung*, proposta pela Antroposofia, sustentando a elaboração de uma cura estética permeada pela edificação de si mesmo. A partir das reflexões de Thomas Csordas e do paradigma da corporeidade, o artigo se propõe a refletir sobre as experiências corpóreas vivenciadas pelo primeiro autor do artigo nas sessões da Eurytmia Curativa em busca de realizar uma *bildung* curativa; a corporeidade da terapeuta em sua *bildung* na formação profissional na Suíça e as estratégias metodológicas para ser aceita na terapia para a realização da etnografia.

O percurso etnográfico e as estratégias

Mas como etnografar o trabalho terapêutico a partir da própria experiência corpórea? Ousei fazer do meu corpo, o corpo do etnógrafo, um caderno de notas. Comecei frequentando um grupo de mulheres que praticava a eurytmia higienizadora, uma modalidade diferente da curativa (mais barata), principalmente porque precisei pagar por todas as terapias, mesmo explicando minha pesquisa. Pensei, equivocadamente, que participar de um grupo,

assim como havia feito nas demais terapias da alma e do espírito, me ajudaria a compreender, por meio das falas dos participantes, a Eurytmia Curativa. Contudo, não consegui estabelecer nenhuma relação pessoal a ponto de ter um colaborador para a pesquisa. Isso provavelmente aconteceu, em parte, porque a terapia grupal era rápida e acontecia antes da entrada das pessoas no trabalho. O tempo em uma cidade como São Paulo é algo valioso. Minha aproximação nas sessões matinais atrapalhava a vida do meu possível interlocutor.

Um outro fator, muito mais relevante, porque revela os condicionantes do meu olhar para com os primeiros resultados e as primeiras conclusões precipitadas, foram as minhas ausências nas sessões matinais, que começavam às sete horas da manhã. O horário foi o primeiro desafio para entrar e ser aceita, no grupo e, especialmente pela terapeuta. Quando eu conseguia comparecer, percebia uma aproximação da terapeuta, e quando eu me ausentava ela se distanciava e se esquivava de responder minhas questões e de me fornecer uma entrevista para a pesquisa. Depois, compreendi que a aproximação da terapeuta em dias que eu me empenhava em comparecer, tinha uma relação de recompensa pelo meu esforço; em compensação, nos dias em que eu me ausentava, pairava no ar uma desconfiança sobre o meu valor. Minha inconstância era vista como uma forma de ausência de comprometimento, não somente com a pesquisa, mas com a vida. Era necessário que eu merecesse ter acesso a ela e a Antroposofia.

Minha investigação era vista com descrédito, algo inofensivo, incapaz de arranhar a imagem da Clínica e dos terapeutas. E, por mais que me esforçasse ou assim imagina que estava fazendo, a terapeuta sempre afirmava que eu não era capaz de compreender o que era de fato a Antroposofia e, conseqüentemente, o significado da cura proposta. Para ela a única forma viável seria a de que eu vivenciasse a espiritualidade para compreender, com profundidade necessária, esta ciência espiritual. A minha origem acadêmica, neurossensorial e cerebral, me incapacitava de captar a verdade revelada. A percepção exigia

uma experiência visceral, perceber com o corpo, uma *empíria espiritual* da terapia.

Era necessária outra estratégia, estava em um terreno de disputa, movediço, totalmente desfavorável a minha inserção para a realização do estudo. Julgando-me sagaz, acrescentei em minha primeira anamnese o meu desejo de realizar uma *bildung* durante o percurso da etnografia e curar a minha asma, ignorando totalmente o que realmente estava propondo e os riscos do que isso podia significar para mim e para a pesquisa. Ao reconhecer minhas limitações pessoais em relação aos horários, a terapeuta sugeriu sessões particulares de Eiritmia Curativa, mais caras e mais longas, mas com o preço passível de negociação. Satisfeita com a inserção, aceitei a proposta para estreitar os laços com a terapeuta.

A experiência corporal da estética

Na primeira sessão de Eiritmia curativa, a terapeuta Maria me pediu que eu caminhasse livremente pelo amplo espaço de seu consultório. Esse espaço era parte dos bastidores de um pequeno palco instalado na sala de recepção da clínica. Caminhei de meias, pois não tinha sapatilhas adequadas para o trabalho terapêutico, e ser observada foi constrangedor. Então a terapeuta interrompeu a caminhada e após um inquietante silêncio disse: *veio a minha cabeça a seguinte frase para que você exercite - eu sigo meu caminho com força e coragem - para isso você deve falar uma palavra para cada passo, primeiramente caminhando para a frente e depois caminhando de trás para frente, falando a frase ao contrário*. O exercício exigia que a minha fala estivesse em concomitância exata com as minhas ações, para cada passo uma palavra em todas as direções, de trás para a frente e de frente para trás.

O incomodo com as palavras proferidas pela terapeuta aumentou o meu desconforto. O sentimento era de um sofrimento moral, uma dor com uma localização imprecisa; por que mesmo eu estava tão incomodada? Sim, eu sofria. Sofria por ter sido chamada de fraca e de covarde ou por ter sido denunciada pelo meu corpo, revelada pelo meu modo de andar e o descompasso entre o

discurso e a atitude. Ter a *performance* como base fundamental do “diagnóstico”, tanto corporal quanto espiritual, desnudava os recônditos da minha moral.

Lembrei dos textos de Sônia Maluf (2005) sobre o corpo observado, decifrado, lido como um livro, e do sofrimento da procura pela doença. Nessas anamneses da medicina romântica, o terapeuta não busca os sinais de uma doença necessariamente biológica, mas os signos dos distúrbios e dos desequilíbrios de seu paciente. A leitura corporal pode ser comparada também a um olhar anatômico sobre o corpo, como na clínica discutida por Foucault (1963). Aqui, no entanto, não se busca uma topografia fisiológica, mas uma espécie de taxonomia das personalidades individuais. O terapeuta não quer encontrar a doença nem o órgão doente, mas a pessoa.

E é claro que não foi na vigésima vez que eu consegui associar a fala à ação voluntariosa dos meus pés, muito menos falar e andar de trás para frente. Na primeira vez que fiz o exercício, a terapeuta me fez perceber que minhas palavras vinham antes da minha ação, e que conseguir essa sincronicidade me faria muito bem, eu aprenderia, a duras penas, a falar menos e a fazer mais. Levei semanas, treinei por horas para subir no palco e apresentar um pouco mais de “força e coragem” no meu caminhar. Rebelde, tentei atalhos e falsetes. Tudo em vão. Não conseguia simular a destreza desejada. Somente a disciplina e o esforço trouxeram a honra. Depois do sucesso, o repouso em um sofá divã localizado no fundo da sala. A terapia não buscava a exaustão.

Para a asma, os desafios foram ainda maiores. A terapeuta receitou os exercícios diários de determinados fonemas para harmonizar os quatro corpos e outros fonemas para solucionar diretamente os sintomas da doença. Os movimentos eram suaves, mas precisos. Era o detalhe da precisão que permita exercitar o disciplinamento do corpo, lapidar a vontade, controlar o impulso, aprender um novo caminho. A terapeuta, apesar de uma pessoa pequena e de fala tranquila, transpirava um desejo de disciplinamento físico e moral.

Os movimentos dos fonemas eram representados por formas e movimentos similares aos da natureza, sempre seguindo um ritmo ditado na recitação de poemas de Goethe, enaltecendo a beleza da natureza, do *belo* e do *bom*. Com o corpo, falei vogais e consoantes. A primeira era a fala da alma e as consoantes a fala da natureza, com o mundo, com o vento, com o fogo. Quando eu errava a grafia da vogal como o meu corpo, ovalando o “O” mais do que era o prescrito, a terapeuta me corria ao perguntar: *you are very egoist?* Não conheço ninguém que goste de ser chamado de egoísta, afinal, ser egoísta não é belo e não é considerado bom. Havia uma palmatória moral invisível corrigindo meu corpo, meu esforço e a minha moral.

A prática dos movimentos destinados ao cosmo, retornavam no período da noite, em forma de energia para o corpo astral. Obcecada em demonstrar que conseguiria cumprir o contrato terapêutico, observei que havia iniciado um processo de subjetivação. Os comprometimentos com a terapia, com a pesquisa e com a minha vida se entrelaçaram, estabelecendo uma dependência como que se o resultado de um estivesse imbricado no outro. Para a terapeuta, esse era o resultado de se ter coragem para trilhar sua *bildung*, para lapidar o próprio corpo.

E, sem qualquer cobrança verbal da terapeuta, nascia em mim o sentimento de necessidade do esforço. Sua forte postura durante a *performance* terapêutica era o suficiente para me pôr à prova, para o exame da minha disciplina. A cura estava em aprender a utilizar o corpo como um órgão de percepção para o além da racionalidade, talvez algo mais próximo a uma percepção estética.

Assim, parei de resistir e comecei a me sentir mais fortalecida fisicamente que o habitual. Essa disposição física era alimentada não sei exatamente se pelo desafio ou como resultado de uma possível eficácia da terapia. Principalmente os exercícios voltados para a asma resultaram em grande estabilidade pulmonar. Aos poucos foi ocorrendo uma transformação dos movimentos: antes desajeitados, foram se tornando habituais e diários e assim aprimorados, tornando os movimentos prazerosos. E quanto mais eu atingia

o êxito na precisão da *performance* corpórea, melhor era a minha disposição física e mental. Tal disposição ampliava o meu desejo por mais êxito. Conseguir o reconhecimento do esforço moral pela terapeuta passou a representar um resultado mais importante que a própria resolução da asma.

No final do período destinado a etnografia da Eurytmia Curativa, a terapeuta recomendou que eu continuasse a fazer os exercícios, mas que eu tivesse a clareza de que era necessário muito mais sessões para resolver completamente a asma e as minhas questões pessoais e espirituais. Lembrou-me também que eu nunca deveria praticar a Eurytmia Curativa quando estivesse com febre ou grávida por compreender que esse era um momento em que deveria reunir forças para enfrentar o processo. Ela fez questão de frisar que a sua *bildung* enquanto terapeuta a curou, e que havia sido a doença que havia impulsionado o percurso, a busca pela cura por meio de uma *bildung*. Convicta, a terapeuta não dissimulou ou separou a terapia dos aspectos espirituais da antroposofia em momento algum.

A etnografia da terapia possibilitou por meio da experiência corpórea ampliar a percepção de *bildung*, pois era conduzida exatamente conforme a terapeuta havia aprendido na convivência com a cultura germânica. *Bildung*, nesta terapia, significava desenvolver um comportamento comprometido com a pontualidade e a disciplina para aqueles que almejam a cura não somente para os aspectos biológicos, mas desenvolver um comportamento considerado belo, comprometido. Retomando as reflexões de Csordas, a técnica terapêutica e o ambiente da clínica misturada as certezas da terapeuta, favoreceram a adesão a uma verdade por meio dos processos “exógenos” de persuasão ou de sugestão, bem como os processos “endógenos”.

No entanto, é importante compreender que não se trata de aderir a uma verdade, afinal se está falando de uma *bildung* contemporânea que, segundo a Teoria Crítica, se emancipa na criação de necessidades para ter a sua própria experiência de verdade (HERVIEU-LEGER, 1999). Afinal, apesar de almejar o mais alto nível de excelência no que tange um ideal de humanidade, a

bildung fundou-se em uma “estrutura altamente ambivalente de uma racionalidade que, por um lado, conduz a emancipação e esclarecimento do homem e de sua sociedade, mas, por outro, a coerções sociais e formas de repressão autoritária” (DALBOSCO e EIDAM, 2009, p. 57-8 apud MOLLMANN, 2010). É interessante refletir nas diferenças entre disciplinamento e *bildung*, mas também perceber que se assemelham em determinados contextos. É provável que a experiência terapêutica tenha possibilitado ambos os lados, autonomia e repressão.

A *bildung* da terapeuta e o engajamento visceral

Minha formação foi minha cura. O estudo da euritmia me formou como pessoa. Eu precisava daquilo, um remédio, um remédio assim mais sintomático, mas também para eu me curar como ‘ser’, como pessoa. Uma pessoa que não vai mais fazer um tumor. Não tenho mais essa psiquê, que forma encistamento, que vai endurecendo, que vai fazendo tumores, eu mudei, sou outra pessoa. Eu ainda tenho muitas outras tendências patológicas, mas essa eu consegui tirar da minha vida (...) o mundo é como ele é, eu não vou mudar o mundo eu tenho que mudar a mim, eu me transformo. (Terapeuta Maria)

Maria, a terapeuta da Euritmia Curativa na Clínica Tobias, era uma jovem senhora, brasileira, oriunda de uma família espírita de classe média paulistana; influenciada pelos pais, aproximou-se da Teosofia ainda na juventude. Seu primeiro contato com a Antroposofia foi por meio dos livros de medicina. Acometida por um câncer de parótida, foi conduzida por uma amiga até a Clínica Tobias, onde iniciou um tratamento com o Dr. Kaliks que prescreveu o visco³, um medicamento antroposófico destinado ao tratamento de sua doença. Entre as sessões de

terapias com o Iscador, nome do medicamento elaborado a partir do visco, a terapeuta foi orientada a fazer a Euritmia Curativa como um tratamento coadjuvante. Na época, o Brasil não tinha uma grande oferta de terapeutas da Euritmia Curativa. Interessada no seu desenvolvimento, a terapeuta partiu para a Suíça em busca de sua formação de terapeuta concomitante com o seu tratamento do câncer.

Apesar de dominar o inglês, como resultado de sua primeira formação em letras, a terapeuta esforçou-se sobremaneira para aprender a língua alemã, enfrentando inúmeras dificuldades de adaptação na Suíça. Várias exigências foram feitas pela instituição antroposófica suíça para aceitá-la como aluna nos cursos de formação da Euritmia Curativa. Segundo a interlocutora, não bastava você desejar ingressar em um dos cursos de formação, era necessário que ocorresse a sua aceitação, confirmando a sua potencialidade para executar determinada terapia. Assim, eram examinados não apenas as habilidades linguísticas e corporais, mas também as questões espirituais. Este foi o trabalho terapêutico na Clínica Tobias, em que a palavra-conceito *bildung* mais apareceu, principalmente nas conversas com a terapeuta Maria. Esse fato pode estar associado a língua na qual ocorre a formação do terapeuta, facilitando ou dificultando o acesso à compreensão e à utilização desta palavra-conceito, como no caso da terapeuta que descreverei a seguir.

Ela foi recusada muitas vezes, cada uma por um motivo diferente, até que finalmente, após um processo de auto superação, foi aceita no curso de formação em Dornach, na Suíça. Ter sua formação realizada em Dornach significa uma distinção entre os demais terapeutas antroposóficos, isso porque a formação realizada no Brasil, ao menos dos cursos oferecidos para as terapias, é diferente dos objetivos oferecido na Europa, sendo considerado que as melhores

3 O visco é encontrado em carvalhos e, embora existam algumas espécies da planta na América do Norte, geralmente apenas as variedades encontradas na Europa e na Ásia são usadas no tratamento do câncer. Fabricantes farmacêuticos, como a Weleda, produziram o remédio ao processar galhos, folhas e frutos da árvore. No entanto, o visco pode ser venenoso se for ingerido em grandes quantidades. A marca mais popular de medicamento de visco é chamada Iscador, que é feita pela Weleda. Os efeitos colaterais mais comuns são sintomas semelhantes aos da febre, pois a planta aumenta a temperatura corporal naturalmente.

formações eram as realizadas na língua germânica, na Suíça, na Alemanha ou na Áustria.

Maria relatava o esforço necessário para conquistar a cura e, ao mesmo tempo, a sua formação: havia uma conexão bastante significativa entre ambas, além da clara ostentação de seus esforços. Em sua narrativa, por vezes, eu tive a sensação de que o seu processo de cura não se tratava exatamente de curar a doença, produzida por ela mesma, segundo a terapeuta, mas de estar curada de uma forma mais ampla, ao ponto dela não mais reproduzir o câncer em outra parte do corpo.

Doença cada um tem a sua, e ela vai te conduzir para sua cura, porque o sintoma é só uma manifestação de uma doença que você tem, você curando isso, você se cura. Cura aquilo que você tem que aparece como asma que é uma patologia anímica, uma forma de ser que se expressa nessa doença, para você se transformar e ser uma pessoa diferente. Eu senti muito que isso estava no meu destino, e que foi um caminho de vida. Eu sou muito grata a minha doença, embora ela tenha assustado muito a mim e a minha família. Mas eu percebi que quando eu vinha até a Clínica e tomava o Iscador, sentia por um momento que eu atravessava um limiar, por um instante, eu podia ver o mundo espiritual, apesar de não ver nada, era tudo uma grande escuridão, eu sentia aquilo como uma coisa muito especial (...) depois de algumas vezes eu me via em baixo de um túnel e a luz vinha de cima, e conforme o tratamento ia passando eu ficava mais perto da luz, cada vez o buraco de luz era maior como seu estivesse saindo de um poço. E aí eu disse - eu achei o meu lugar, eu não havia achado no espiritismo, nem na Teosofia, embora eu não estivesse buscando uma religião. (Maria)

Mas como era possível compreender a *bildung* desta terapeuta? A palavra-conceito *bildung* possui um percurso complexo e secular que lhe garante uma reelaboração constante ao sofrer diversas influências que se adensam com o passar das modificações sociais. A expressão *Bidlung* foi cunhada no Romantismo Alemão, mas, segundo Louis Dumont (1991), a noção de *bildung* tem

uma origem religiosa e mística. No início, ela era o equivalente alemão da noção de *imitatio* ou *imitatio*, tal como aparece no título da obra: *Imitatio Christi* ou a Imitação de Jesus Cristo, do monge holandês Thomas Kempis. Neste cenário espiritual, em que existe sua primeira inscrição, a *bildung* está no centro da teoria da imagem de Deus, desenvolvida pela mística alemã e designa o movimento pelo qual o cristão dá uma forma à sua alma, esforçando-se para nela imprimir a imagem de Deus.

Posteriormente, na *Humanitätsphilosophie*, que se exprime segundo uma concepção organicista, que deve muito às ciências da vida e em particular à botânica, o desenvolvimento humano é concebido como uma semente que cresce e floresce segundo suas próprias forças e disposições (*Ausbildung*), adaptando-se às restrições do seu meio ambiente (*Anbildung*), tal qual o desejo alcançado pela terapeuta ao afirmar que estava curada ao compreender que não era possível modificar o mundo, mas somente a si mesmo. Com o enfraquecimento dessa referência cosmológica e organicista, a *bildung* por sua vez atravessa uma segunda fase de secularização, tornando-se o que ela é ainda hoje para a cultura alemã: uma prática da formação de si, o cuidado com o desenvolvimento interior, que considera qualquer situação, qualquer acontecimento como ocasião de uma experiência de si e de um retorno reflexivo sobre si mesmo, na perspectiva do aperfeiçoamento e de uma completude do ser pessoal (DELORY-MOMBERGER, 2011).

Para Christine Delory-Momberger (2011), será no final do século XVIII que o conceito se desenvolverá e se transformará pela ação de pensadores do Iluminismo alemão. A palavra-conceito perde a referência de uma divindade pessoal, mas não o alcance de uma realização de cunho universal; o conceito de *bildung* se inscreve então em um pensamento da totalidade: a *bildung* é o movimento da formação de si pelo qual o ser, próprio e único (*Eigentümlich*), que constitui todo homem, manifesta suas disposições e participa assim da realização do humano como valor universal. Essa burguesia foi responsável pela tentativa de criar uma classe

intelectual relevante no que se refere à formação da cultura alemã, pautada na experiência da arte voltada para uma educação cultural e estética. Contudo, não se tratava apenas de emancipar a cultura alemã em relação aos padrões clássicos da França, mas também, “a partir de novas bases, contribuir significativamente para a formação do ideal moral e psicológico do homem” (FIGUEIREDO, 2006, p. 41).

A cultura, neste contexto, é então sugerida como força criativa, singular e interior ao homem, que o leva à sua própria formação, sem dissociação da natureza, pois é onde sua história se realiza. Assim, o próprio sujeito toma posse dessa potência criadora, usando de sua inteligência e linguagem para criação da *Kultur* a partir da sua formação pessoal, ou seja, a *bildung*. A formação se realiza na natureza, na cultura, pois a história da cultura está ligada à história da natureza, na experimentação *corpórea* do mundo, da natureza e da cultura, quando as sensações e os afetos gerados por essa experiência compõem a realização de uma auto formação (SAFRANSKI, 2010, p. 26-27 – grifo nosso), ou seja, experimentar algo diferente do que o constitui como ser, como um “lançar-se além-de-si” (Suarez, 2006), capaz de desenvolver sua própria subjetividade, sem dependência ou salvação por qualquer coisa externa a si mesma, emancipado das verdades, necessidades, representações e motivos, assim como do mundo externo e do Outro, e inclina-se a reforçar a si mesmo na alteridade do *Outro* e no mundo que se torna um objeto de manipulação. “Faz do mundo uma projeção, uma *Bild* do *self* ou dos instintos, uma potência para elevar a nós mesmos” (GUR-ZE’EV, 2006, p. 8).

Discussão: *embodiment* e *bildung*

O conceito de *embodiment* de Thomas Csordas amplia e problematiza uma discussão da corporeidade antes fundamentada em dualidades. O corpo pode, a partir deste conceito, ser pensado como “sujeito da cultura”, como a “base existencial da cultura”. O conceito de *embodiment* é um paradigma no estudo da cultura, focado na ideia da experiência cultural como corporificada

que propõe um caminho de análise para as experiências individuais e subjetivas dos sujeitos envolvidos em rituais (TONIOL, et al, 2018). Inspirado na fenomenologia de Merleau-Ponty e o seu conceito de pré-objetivo, e no que denomina estruturalismo dialético de Pierre Bourdieu e o seu conceito de *habitus*, Thomas Csordas nos possibilita pensar como a noção de pessoa germânica *bildung* se dá na corporeidade como *embodiment* nas terapias antroposóficas voltadas para a “cura” do corpo por uma via estética.

A ideia de esculpir o próprio corpo, na superfície e no avesso, nas entranhas, já foi elaborada nas reflexões da antropóloga Sônia Maluf (2001:97), que vê na atitude de Csordas uma atenção especial para os saberes e valores locais em uma “perspectiva etnográfica radical no sentido de valorização do ponto de vista do “nativo”. “E essa história é contada através de seu corpo, ou melhor, de sua experiência corporificada. O [sic] travesti institui uma nova *bildung*: a *bildung* do corpo. Através dele e nele se constrói uma nova pessoa” (MALUF, 2002, p. 148). O corpo deixa de ser um fato bruto da natureza um fato dado, sendo construído em um processo histórico e cultural e, depois, na experiência da percepção. Assim, o corpo é sujeito e agente da/na cultura e a cultura é corporificada (*embodied*) e não dada exteriormente ao sujeito.

A conexão entre *bildung* e *embodiment* se daria na estética da experiência corpórea como uma obra de arte? Uma vez que a corporeidade pode ser remodelada na superfície e remodelar as entranhas, talvez. Na Antroposofia, o corpo estético, belo e com bela alma, é resultado de uma *bildung*, semelhante a concepção do corpo grego que servia de modelo de uma humanidade superior. Essa busca da imagem de uma *bild*, de uma humanidade como modelo, seria, fundamentalmente, o objetivo. Uma “bela forma” estaria em uma “nobre simplicidade e uma grandeza serena” tanto na atitude como na expressão, assim como a expressão nas figuras gregas, com suas almas magnânimas e ponderadas (WINCKLEMAN, 1975, p. 53).

O trabalho terapêutico da Eurytmia Curativa seria o processo no qual o escultor se

auto esculpe. Essa era a receita nos romances de formação de Goethe. O personagem Fausto, caracteriza a *bildung* como uma espécie de “escultura de si em contato com o mundo e com a vida e vice-versa, pois a formação e a iniciação interessam mais do que a informação no sentido tradicional do termo” (ARAÚJO, 2009, p. 16). Norbert Elias (1997, p. 55) busca a compreensão do conceito de *Bildung* também partindo do uso da literatura: é possível perceber também os valores filosóficos sobre a questão da formação a partir dos conceitos usados pelos autores românticos, com os quais podemos relacionar as estruturas não somente políticas, mas sociais e culturais características de seu tempo, neste caso, a Alemanha do século XVIII. Essa concepção de formação baseada em regras e o cumprimento das mesmas perpassavam as confrarias estudantis duelistas, incumbidas da formação de seus jovens, preparando-os para a vida pública, com a função de cunhar um “código comum de conduta e sentimento para as classes altas alemãs” (ELIAS, 1997, p. 58).

A *bildung* seria a arte de se esculpir, na vida e na doença, a oportunidade esperada. A doença expõe, na percepção da Eurytmia Curativa, no corpo, os problemas de ordem subjetiva, da personalidade do indivíduo ou de sua maneira de ser e de ver o mundo. “O corpo “fala”, ele é signo e, como tal, pode ser lido, observado, ouvido e interpretado” (MALUF, 2005, 105). A doença e o corpo são tomados como “produtores de verdade” (FRANK, 1993, p.22,). Para a terapeuta, o câncer foi o impulso para sua *bildung*. Uma formação compreendida por ela como maior, mais complexa e mais importante do que aprender as técnicas da Eurytmia Curativa.

Sonia Maluf (2005) observou semelhanças entre as terapias alternativas que, assim como a antroposofia, compreendem a doença e o sofrimento⁴ físico como a manifestação de um mal espiritual, sendo o indivíduo o próprio responsável. A experiência do corpo adoecido é um instrumento disciplinador. O apelo ao

esforço e ao desejo pessoal de se curar é bastante evidente na literatura de *selfhelp* difundida no Brasil (MALUF, 2005). Grande parte das terapias que utilizam as técnicas de trabalho sobre o corpo possuem um fundamento ético comum, baseado sobre a crítica do corpo fabricado pela civilização urbana do ocidente moderno. O corpo é racionalizado e disciplinado para servir somente como um instrumento de produção. Por isso, o corpo não só expressaria e revelaria as “doenças da alma”, mas também seria o próprio meio, o instrumento de sua cura.

Considerações finais

O objetivo da cura pode não ser a eliminação de uma doença, um sintoma, mas a transformação de uma pessoa estimulada a um processo de auto formação compreendido de uma forma estética, é possível considerar que as técnicas terapêuticas desenvolvidas na Eurytmia Curativa na Antroposofia levem o participante a um outro patamar fenomenológico na percepção de sua corporeidade.

Para Csordas, nós humanos, só nos tornamos o que somos a partir do corpo que experimenta; um corpo fenomênico, que se percebe e expressa em si mesmo um conjunto de sentidos e significados. Em um corpo que é construído culturalmente, ao mesmo tempo em que produz sentidos particulares. A ressalva está em que, longe de ser a superfície passiva, o sujeito de uma experiência significativa, sempre necessariamente cultural, é, no entanto, feita de um ponto de vista particular em um momento particular.

Partir do *embodiment* como uma condição, bem como da percepção como a forma pela qual os nossos corpos ocupam o mundo, parafraseando Merleau-Ponty, os nossos corpos são no mundo e na vida cotidiana e nos episódios terapêuticos, permite entender os corpos e o ser-no-mundo tanto como ativo quanto como passivo. *Embodiment* unido ao conceito de

4 A noção de “perturbação” de Duarte (1994) surge de forma contundente na fala da terapeuta da Eurytmia Curativa. A associação entre o estado físico e o estado moral do paciente evoca a imbricação entre o nível físico, corporal.

bildung, sugere reflexões nos sentidos mais profundos do ser humano, considerando-o de forma integral, emocional, afetiva, intelectual e espiritual e corporal as possibilidades de uma formação integral, tal qual Goethe sugere: um processo complementar ou interação entre o eu e o mundo, o indivíduo particular e a cultura de uma sociedade.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, A. F; RIBEIRO, J. A. L. *Educação e formação do humano: Bildung e romance de formação*. In: I congresso internacional de filosofia da educação de países e comunidades de língua portuguesa, Anais, Porto/Portugal: Universidade Nove de Julho, 2009. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Mestrados/Educa%C3%A7%C3%A3o/Eventos_parcerias/Alberto%20Filipe%20Ara%C3%BAjo.pdf>. Acesso em: 07/01/2011.

BASTOS, Raquel; Pereira, Pedro Paulo Gomes. *Mães Waldorf: gestação e parto na comunidade antroposófica*. Interface (Botucatu) [online]. 2018, vol.22, n.65, pp.505-516. Epub Dec 21, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200505&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21/12/2017.

BASTOS, Raquel. *Corpo e Saúde na Antroposofia: Bildung como cura*. São Paulo: LiberArs, 2018.

CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.

CSORDAS, Thomas. *Corpo, Significado, Cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

DALBOSCO, Claudia Almir; EIDAM, Hoyer. *Moralidade e educação em Immanuel Kant*. Ijuí: Unijuí, 2009.

DELORY-MOMBERGER, Christine. *Narrativa*

de vida: origens religiosas, históricas e antropológicas. Tradução Maria da Conceição Passeggi. Revista Educação em Questão, Natal, v. 40, n. 26, p. 31-47, jan/jun. 2011.

DUMONT, Louis. *Homo aequalis, II: L'idéologie allemande France-Allemagne et retour*. Paris: Gallimard, 1991.

ELIAS, Norbert. *Os Alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FIGUEIREDO. Vinicius. Kant e Goethe – *Uma Aproximação*. IN: WERLE, Marco Aurélio; GALÉ, Pedro Fernandes. *Arte e Filosofia no Idealismo Alemão*. São Paulo: Barcarolla, p. 25-52. 2009.

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: Uma Etnografia dos Problemas de Pressão*. Brasília: EdUFSCar. 2018, 261 pp

FOUCAULT, Michel. *As técnicas de si (1994)*. In: COLETIVO SABOTAGEM (org.). *Por uma vida não-fascista*, 2004 p. 73-77. Disponível em: <<http://www.sabotagem.cjb.net>>.

FRANK, Arthur. “*The rhetoric of self-change: illness experience as narrative*”. *Sociological Quarterly* 34(1): 39 - 52 april, 2005.

GUR-ZE'EV, I. “*A Bildung e a teoria crítica na era da educação pós-moderna*”. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 12, n. 22, p. 5-22, jan./jun, 2006.

HERMANN, Nadja. *Ética e estética: uma relação quase esquecida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. *La religion en mouvement: le pèlerin et le converti*, Paris, Flammarion, 1999.

KIRCHENER- BOCKHOLT, Margareth. *Elementos Fundamentais da Eúritmia Curativa*. Editora Antroposófica, São Paulo, 2009.

KIRCHENER- BOCKHOLT, Margareth.

- Elementos Fundamentais da Eúritmia Curativa*. Editora Antroposófica, São Paulo, 2009.
- MALUF, Sonia Weidner. *Mitos coletivos, narrativas pessoais cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “nova era”*. Mana 11(2):499-528, 2005.
- MALUF, Sonia Weidner. *Corporalidade e desejo: Tudo sobre minha mãe e o gênero na margem*. Estudos Feministas, 2001.
- MALUF, Sonia Weidner. *Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era*. Revista de Antropologia – Ilha (2005).
- MOLLMANN, A.D. Stephan. *Bildung na contemporaneidade: qual o sentido?* V CINFE. Congresso Internacional de Filosofia da Educação, maio de 2012.
- SAFRANSKI, Rudiger. *Romantismo, uma questão alemã*. Trad. Rita Rios. São Paulo. Editora Estação Liberdade, 2010.
- SANTOS, Filipe Bordinhão dos; PENTEADO Anna Troib. *O consumo de yoga a partir de experiências etnográficas*, 2017. AÇÃO MIDIÁTICA, n.14. Jul./Dez. 2017. Curitiba
- SILVA, Alan Camargo; FERREIRA, Jaqueline. *Corpos no “limite” e risco à saúde na musculação: etnografia sobre dores agudas e crônicas*. Interface 21 (60) Jan-Mar 2017. Disponível em:< https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832017000100141&script=sci_arttext&tlng=es>
- SUAREZ, Rosana. *Nota sobre o conceito de Bildung (formação cultural)*. Kriterion [online]. 2005, vol.46, n.112, pp. 191-198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/kr/v46n112/v46n112a05.pdf>. Acesso: 26/11/2012
- TONIOL, Rodrigo. *Cortina de fumaça: terapias alternativas/complementares além da Nova Era*, 2015 Revista de Estudos da Religião (REVER) v. 16, n. 2 (2016). Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/rever/article/view/29281>>. Acesso em: 15/06/2019
- TONIOL, Rodrigo. *Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. São Paulo: LiberArs, 2018.
- TONIOL, Rodrigo; MATSUE, Regina; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. *Religião, corpo e saúde: uma entrevista com Thomas Csordas* Interface Botucatu) vol.22 no.66 Botucatu July/Sept. 2018
- WINCKEMLAMNN, Johann Joachim. *Reflexões sobre a Arte Antiga*. 2. ed. Porto Alegre: Movimento, 1975.

i Agradeço as leituras atentas e as sugestões de Regina Yoshie Matsue e Pedro Paulo Gomes Pereira.

Multiplicidades-ciborgue, reabilitações e reflexões sobre o corpo: uma conversa entre dois cientistas

Marco Antonio Gavério ¹
Gil Vicente Nagai Lourenção ²

Resumo

Esse texto é um experimento em que buscamos relatar os respectivos campos teóricos e algumas noções etnográficas decorrentes das nossas pesquisas sociais em torno de práticas tecnocientíficas. Dessa forma é nossa proposta apresentar algumas descrições de nossos ambientes de pesquisas visando explorar possíveis aproximações e distanciamentos. As aproximações se dão justamente nas discussões a respeito do corpo, algumas práticas de ciência vistas pelos dois pesquisadores e na noção de reabilitação física. Os distanciamentos, se existem, devem-se propriamente às diferenças de abordagens e às particularidades dos nossos campos de pesquisa. Logo, apontaremos para uma discussão sobre o corpo através de algumas práticas científicas observadas e notaremos alguns elementos a respeito dos estudos sobre a ciência da reabilitação corporal. Para tanto faremos uma pequena revisão sobre cibernética e ciborgues e entraremos na problemática do corpo, ciências, e na reabilitação física como modo de exemplificar uma pesquisa em andamento que articula esses próprios elementos ao longo do texto.

Palavras-chave: antropologia; estudos de reabilitação; corpo; cibernética; sociologia.

Cyborg-Multiplicities, rehabilitations, and reflections on the body: a conversation between two scientists

Abstract

This paper is somehow an experiment where we seek to report two theoretical fields and some ethnographic notions, as well a few concepts derived from our research backgrounds in technoscientific practices. In this way, we intend to present some descriptions of our research environments and fieldworks to explore possible approaches and distances between these two fields. The approximations are precisely in the discussions about the body, some practices of science seen by the two researchers and the notion of physical rehabilitation. Distances, if they exist, are due to the differences in our approaches and particularities of our research fields. Therefore, we will enter briefly into the discussion about the body through some observed scientific practices, and we will relate some elements about scientific studies of bodily rehabilitation. To do so, we make a small review on cybernetics and cyborgs, entering into the problems of the body, sciences, and physical rehabilitation as a way to exemplify ongoing research that articulates these elements throughout the paper.

Keywords: anthropology; rehabilitation studies; body; cybernetics; sociology.

1 Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

2 Pesquisador no Departamento de Política Científica e Tecnológica da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Introdução³

Esse texto é um experimento em que buscamos relatar nossos respectivos campos teóricos e algumas noções etnográficas decorrentes. Buscamos aqui apresentar algumas descrições de nossos ambientes de pesquisas visando explorar possíveis aproximações, mas também os distanciamentos. As aproximações se dão justamente nas discussões a respeito do corpo, algumas práticas de ciência vistas pelos dois pesquisadores e a reabilitação. Os distanciamentos, se existem, devem-se propriamente às diferenças de abordagens e às particularidades dos campos de pesquisa.

Gil Vicente N. Lourenção navega pelos circuitos e redes de pesquisas científicas formalizadas a partir das práticas e saberes conhecidos como *Do It Yourself Biology* (*DIYBio*). Por sua vez observa e se enreda com seu universo de pesquisa transitando por laboratórios universitários – no Brasil e no Japão – e laboratórios independentes. Enquanto antropólogo dialoga com pesquisadores que estão produzindo entrelaçamentos científicos a partir de elementos das ciências físicas, mecânicas, químicas, biológicas e sociais. O objetivo foi saber o que as pessoas faziam sob a rubrica da *DIYBio*, quando as pessoas diziam fazer algo chamado de ‘ciência’. E ele inicia a pesquisa com uma pergunta teórica que levava em consideração a relatividade da questão que parecia questionar o lugar relativamente considerado como necessário para se fazer ‘ciência’, ou seja, o seu ponto de partida era o que e onde procurar

por outras formas de se fazer ‘ciência’ que não a feita nas universidades brasileiras. Isso foi o primeiro passo, porque ao cruzar a literatura com informações e informantes no Brasil, havia certo entendimento de que a ciência na academia era burocrática por natureza, e a ciência *DIY* fora das universidades não, ou seja, era mais livre, por natureza (ou por cultura). O segundo ponto importante da pesquisa foi ver de que forma e se era possível que essa ciência feita fora [e dentro das universidades também] implicasse relações com o corpo humano, e com algo que pudesse ser chamado de humano, ainda sem enquadrá-lo em uma gaiola analítica. Se essa relação [ciência-corpo] acontecia – e acontece – a observação se daria nos meandros da ciência chamada de *DIY* nos sentidos nos quais ela operaria alguma articulação com o corpo. Esses dois pequenos pontos orientaram a sua pesquisa (ainda em andamento, de 2017 a 2020).

Marco Gavério explora práticas e saberes sobre reabilitação físico-motora a partir das produções clínicas e científicas universitárias de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. E transita pelos corredores e blocos de uma unidade saúde escola universitária, acompanhando algumas rotinas e atividades terapêuticas voltadas para a reabilitação de crianças com deficiência⁴. O sociólogo observa como certas práticas e saberes clínico-científicos nas áreas da fisioterapia e da terapia ocupacional tem se orientado por uma ‘gramática da funcionalidade’ humana. Seu foco é compreender como essas práticas clínicas e científicas, desde um local de atendimento público em saúde, se modulam a partir das

3 O pesquisador informa que sua investigação de doutorado é financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do processo: 88882.330899/2015-01, e agradece pelo financiamento da pesquisa. A investigação segue todos os preceitos exigidos pelo Sistema CEP-CONEP de Ética em Pesquisa e está sob o processo: CAAE: 80454517.0.0000.5504. Gil Vicente Nagai Lourenção, Pesquisador de Pós doutorado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Fundação à qual agradece pelo financiamento. Processos Fapesp: 2016/20106-6 e 2018/06952-7. A investigação segue todos os preceitos exigidos pelo Sistema CEP-CONEP de Ética em Pesquisa e está sob o processo: CAAE: 68073917.5.0000.5404.

4 No contexto desta pesquisa a locução “reabilitação de crianças com deficiência” é um tipo ideal (WEBER, 2004). o setor infanto-juvenil ao qual se permite ao pesquisador acompanhar as intervenções não é oficialmente denominado como “reabilitador”. O setor se denomina a partir mesmo da descrição das “linhas clínicas” que o compõe: disfunção física, saúde mental e neuropediatria. Nesse sentido, a noção de “deficiência” para enunciar a heterogeneidade de condições de saúde dos indivíduos que são usuários desse local da unidade é baseada no modo como as interlocutoras de pesquisa de Marco Gavério enunciam localmente, em momentos diferentes, a população infanto-juvenil que assistem.

possibilidades técnicas dessas disciplinas em “capacitar” determinados indivíduos⁵.

De alguma forma viemos a nos perguntar com quais tipos de materialidades estamos lidando? Como e de que forma se constituem as realidades que investigamos? Como os corpos se manifestam desde os campos que estamos inseridos etnograficamente? Seria possível a etnografia, por outro lado, também ser uma tecnologia produtora de corpos – tal qual como parecem fazer nossos e nossas interlocutoras de pesquisa? Nesse sentido, como se configura a ideia de saúde nessa trama? Os tratamentos reabilitadores profissionalizados e os desenvolvimentos tecnocientíficos independentes da *DIYbio*, da Robótica e as realidades dos Exoesqueletos produzem, necessariamente, corpos mais saudáveis ou melhores⁶? Sob quais bases é possível argumentar sobre ‘melhorias’ de corpos biológicos, com as cibernes e os ciborgues acoplados?

Assim, temos a intenção de tangenciar a noção de corpo através de algumas práticas científicas vistas pelos dois pesquisadores e notar algumas coisas sobre reabilitação. Para tanto faremos uma pequena revisão sobre cibernética, e sobre a infinita discussão sobre os ciborgues apenas para permitir uma visão parcial da problemática do corpo, ciência, ciborgues e da reabilitação, ponto a partir do qual seguiremos até o final. Este é um texto bastante fragmentado e aberto, pela razão da existência de muitas vozes que o atravessam, as práticas e as etnografias, e, por essa razão, tentamos mantê-lo no balanço entre o ensaio e o experimento. Por ser o primeiro texto de uma longa colaboração, manteremos as pontas em aberto, porque elas mesmas são

as aberturas para novas articulações. Este texto então fará uma contextualização bem ligeira da discussão sobre corpo, cibernética e ciborgue e em seguida discutirá alguns elementos da reabilitação enquanto técnica/prática médica.

A constituição/construção dos organismos cibernéticos e o ciborgue

A etnografia de Nagai Lourenção (2019) percorreu elementos variados como *crafts*, projetos, coisas, produções, máquinas, robôs, ciborgues – reais e os teóricos – práticas *DIY*, *DIYBio* e *bio-hackers* e o ponto com o qual ele tentou partir, relacionar e teorizar estava em como e de que modo se ofereceriam suas conexões e interfaces com humanos, e propriamente as micro constelações de objetos e do fazer meio se fazendo. Diz ele que recentemente pesquisadores independentes vêm mostrando que coisas aparentemente de domínio de grandes empresas, universidades e institutos de pesquisa podem ser realizadas em lugares tais como garagens e quase instalações laboratoriais, incluindo laboratórios cidadãos, espaços que ele visitou em São Paulo, em Tóquio e em diversas outras cidades. Lá ele viu sequenciamentos e formação de bancos de dados de DNA/RNA, desenvolvimento de próteses e equipamentos de mobilidade, implantes de chips para controle de sistemas de acesso e gerenciamento de residências entre outras muitas produções. Por outro lado, traçando a simetria, a *DIY* está nas universidades, dentro de institutos, nas operações e aprimoramento de protocolos, propriamente no fazer se fazendo.

Bem, a *DIY/DIYBio* faz parte de um dado ecossistema de pesquisadores relacionados com

5 5 A dúvida que fundamenta e contextualiza tal investigação é o modo como algumas práticas reabilitadoras se colocam como formas de integrar ou incluir socialmente os indivíduos que assistem terapeuticamente. De certa maneira, a reabilitação, principalmente quando se adjetiva como “física e motora”, é quase que imediatamente coligada a um público alvo específico, as “pessoas com deficiência”. Entretanto, essa denominação é, em grande medida, burocrática-administrativa, não vindo, necessariamente, de uma forma de enunciar clinicamente o agregado de condições de saúde individuais que podem ser tratadas sob parâmetros reabilitadores.

6 Aqui nos referimos amplamente aos debates em torno das categorias de *therapy* e *enhancement*. Para considerações críticas sobre essas categorias, ver: EILERS; GRÜBER; REHMAN-SUTTER, 2014; HALL, 2017. EILERS, Miriam; GRÜBER, Katrin; REHMANN-SUTTER, Christoph (eds.). *The Human Enhancement Debate and Disability: New Bodies for a Better Life*. Palgrave Macmillan, 2014; e HALL, Melinda Charis. *The Bioethics of Enhancement: Transhumanism, Disability, and Biopolitics*. Lexington Books, 2017.

os quadros acadêmicos e, de certa forma, se não decorre faz parte do momento de precarização do sistema acadêmico ao redor do globo, tal como atestado por diversos sociólogos das ciências (sobre a discussão, ver LOURENÇÃO, 2017, 2018, 2019). Pode-se dizer que os pesquisadores possuem formação acadêmica em sua maioria, apesar de que entre eles também constam estudantes de segundo grau. A faixa etária oscila entre quinze e cinquenta anos, estão relacionados aos quadros de pesquisa universitária e normalmente possuem criações e envolvimento coletivo em projetos a princípio sem interesse comercial imediato (por diversas razões), alguns deles estão às vezes envolvidos em desenvolvimento de pesquisas de ponta, criação de startups, desenvolvimento de produtos para confecções de patentes e, em alguns casos, a venda de pesquisas/produtos a companhias. No entanto, a sua pesquisa tentou percorrer o outro lado, ou seja, não a utilização por *startups* ou o uso econômico dessas práticas e sua vinculação à lógica do capital, mas ao contrário, seu caráter micro revolucionário, no sentido em que subvertia momentaneamente a lógica da produção. É esse o ponto que ele pesquisou por meio de seus contatos e informantes e cientistas, muito embora as ideias que ele viu no início do projeto comparando com o que ele tem visto atualmente colocam-no em dúvida a respeito de um futuro coerente para uma ciência cidadã e pública. Por outro lado, ele pode visitar instalações e laboratórios universitários e de companhias japonesas, entre elas a *Cyberdyne*, famosa fabricante de exoesqueletos robóticos para finalidade médica e outras finalidades civis. Apesar de interessante o campo sobre as relações humano-máquinas presente no trilho aberto no tocante aos exoesqueletos e suas *acoplasticidades*, este campo acabou sendo engolido pela própria *DIY* e suas práticas de ciência e as reflexões ocasionadas pela tentativa de diversos pesquisadores de mecanizar a biologia. No entanto, o eixo tensionado entre a mecanização da biologia e a biologização da mecânica permanece como o eixo principal e constitutivo de seu trabalho, no sentido da busca

das sócio-lógicas resultantes e implicadas nesses processos.

Cibernética e ciborgue

Nesse sentido, Nagai Lourenção tentou começar a pensar a *DIYbio* na chave técnica ciborgue. Nesses termos, o antropólogo buscou aglutinar as perspectivas da cibernética e das críticas posteriores a esses desenvolvimentos, principalmente a partir dos trabalhos de Donna Haraway. Em certa medida, foram os desenvolvimentos da cibernética, uma ciência que tinha como foco a produção de um circuito integrado “homeostático” de alimentação e retroalimentação (*feedback*) de informações em um corpo, que produziu a figura “real” do ciborgue/cyborg. A intenção desses desenvolvimentos era a possibilidade de produzir um organismo automatizado a partir de todo um sistema autônomo de correção constante de “rota” a partir de *inputs* e *outputs* informacionais. Na base desses desenvolvimentos técnico científicos de meados dos anos 1950, está o interesse em torno da reabilitação físico-motora de determinados indivíduos (principalmente de indivíduos com deficiência, seja através de uma lesão medular ou de amputações de membros periféricos do corpo).

Em um tratado hoje clássico, chamado de *Behavior, Purpose and Teleology*, escrito por Roseblueth, Bigelow e Wiener (1943), houve certo esboço de uma ciência que nasceu como um campo multidisciplinar, com a aspiração de unir a biomedicina e a tecnologia por meio de modelos matemáticos. Em seguimento a esse projeto, Norbert Wiener escreveu *Cybernetics, or control and communication in the animal and machine* (1948). O livro escrito pelo matemático do Massachusetts Institute of Technology (MIT) foi ambicioso; ele previu surpreendentes similaridades entre um imenso grupo de diferentes fenômenos. Por exemplo, pegar uma bola, efetuar um cálculo balístico, administrar uma empresa, fazer o sangue circular em um corpo – tudo parecia depender da transmissão de “informação”, um conceito sugerido por

Claude Shannon dos Laboratórios Bell, em sua obra fundadora sobre teoria da informação (SHANNON, 1948 *opus cit.* KUNZRU, 2000, p. 125; WIENER, 1984 *opus cit.* MONTEIRO, 2012, p. 90-91). Mais especificamente, esses processos pareciam depender daquilo que os engenheiros tinham começado a chamar de “feedback”. E a cibernética, ciência criada por Wiener, propôs não somente uma simples analogia entre artefato e organismo, mas a redução de máquinas e seres vivos a entidades equivalentes, instâncias da mesma coisa. [Kim: 2013; Haraway: 2009; Kunzru: 2000].

Wiener extraiu o nome “cibernética” do grego *kybernetes*, significando “o homem que dirige”: a imagem clássica de um piloto com as mãos no timão de um barco a velas, capta perfeitamente sua ideia. Palinurus, aproximando-se das rochas, obtém informação visual sobre a posição do barco e ajusta o curso de acordo com essa informação; este é um fluxo constante de informação uma vez que o condutor é parte de um circuito de *feedback*, seu cérebro recebe um *input* do ambiente, que informa a velocidade do vento, o tempo e a corrente e envia, então, sinais para que seus braços possam conduzir seu barco para longe do perigo. Wiener percebeu que o mesmo modelo poderia ser aplicado a qualquer problema que envolvesse a administração de um sistema complexo e propôs que os cientistas usassem tal esquema para uma grande quantidade de fenômenos, aparentemente sem qualquer ligação entre si.

Posteriormente, os seguidores de Wiener viram a cibernética como uma ciência que poderia explicar o mundo como um conjunto de sistemas de *feedback*, permitindo o controle racional de corpos, máquinas, fábricas, comunidades e praticamente qualquer outra coisa. Tal ciência prometia reduzir problemas aparentemente sem solução em campos tais como a economia, a política, e talvez a moral, à condição de simples tarefas de engenharia: uma coisa que se poderia resolver com lápis e papel ou, na pior das hipóteses, com um dos supercomputadores do MIT. Levando-se em consideração a plausibilidade científica do

postulado cartesiano do corpo-máquina, dado o princípio cibernético de que máquinas e organismos são equivalentes, também se tornou concebível a montagem de híbridos com partes orgânicas e artificiais conectadas entre si. E disso, para o gerenciamento e controle de coletivos orgânicos e sociais, poderia ser um pulo.

Naturalmente que muitos problemas tiveram de ser contornados e, igualmente problemática é a passagem de uma realidade orgânica à outra, cibernética (MONTEIRO, 2012, P; 71-100).. No entanto, os futuros construtores de ciborgues estavam diretamente envolvidos em tornar realidade as ideias de Wiener. Para eles, o corpo era apenas um computador de carne, executando uma coleção de sistemas de informação que se auto ajustavam em resposta aos outros sistemas e a seu ambiente. Caso se quisesse construir um corpo melhor, tudo que se tinha a fazer era melhorar os mecanismos de *feedback* ou conectar um outro sistema – um coração artificial, um onisciente olho biônico, uma perna robótica, um novo esqueleto, Ou então mudar o DNA de uma bactéria.

Porém, o sonho de Wiener, de uma ciência universal da comunicação e do controle, apagou-se com o correr dos anos, e o meta projeto da cibernética acabou por ser colapsado; ao invés de unir cientistas em uma pan-ciência designada por cibernética, acabou por ver seus princípios compartilhados e fragmentados nas ciências e práticas que faziam parte dela quando da redação de seu projeto (KIM, 2013, p. 290; KUNZRU, 2000). Alguns acreditam que o projeto de Wiener tornou-se vítima de certa moda científica, seu financiamento sendo desperdiçado em irrelevantes pesquisas sobre Inteligência Artificial. Outros pensam que a cibernética foi eliminada pelo problema central de que os mecanismos básicos de controle e comunicação nas máquinas são significativamente diferentes daqueles que existem nos animais e nenhum deles se assemelha aos mecanismos de controle e comunicação existentes no ser humano, na mente humana e nas sociedades. Dessa forma a cibernética, que estava baseada em uma inspirada generalização, tornou-se vítima da incapacidade

para lidar com detalhes. Porém, enquanto prática científica, deixou importantes resíduos culturais. O primeiro é sua descrição do mundo como uma coleção de redes. O segundo é sua intuição de que não existe uma distinção tão clara entre pessoas e máquinas quanto alguns gostariam de pensar. E o terceiro, que a produção de organismos híbridos talvez seja viável. E é neste pequeno ponto que toda uma nova constelação de coisas apareceu.

De acordo com Kunzru (2000, p. 121-126) um dos primeiros ciborgues que temos notícia foi um rato de laboratório de um programa experimental do Hospital de *Rockland* em Nova York, no final dos anos cinquenta. Implantou-se no corpo do rato uma pequena bomba osmótica que injetava doses controladas de substâncias químicas que alteravam sua fisiologia. O rato de *Rockland* é um dos astros de um artigo intitulado “Ciborgues e espaço”, escrito por Manfred Clynes e Nathan Kline, em 1960. Essa dupla, formada por um engenheiro e um psiquiatra, inventou o termo “ciborgue” (abreviatura de “cybernetic organism”) para descrever o conceito de um corpo humano ampliado, isto é, alguém melhor adaptado aos rigores de uma provável viagem espacial. Clynes e Kline imaginavam um futuro astronauta cujo coração seria controlado por injeções de anfetaminas e cujos pulmões seriam substituídos por uma “célula energética inversa”, alimentada por energia nuclear. Em meados dos anos sessenta, os ciborgues representavam um grande negócio, com milhões de dólares da Força Aérea estadunidense sendo canalizados para projetos de construção de exoesqueletos, braços robóticos do tipo mestre-escravo, dispositivos de *bio-feedback*.

Os ciborgues, explica Haraway (2009), são máquinas de informação. Eles trazem dentro de si sistemas causais circulares, mecanismos autônomos de controle, processamento de informação – são autômatos com uma autonomia embutida. Sobre uma proposta de classificação, certa taxonomia foi estabelecida (GRAY; MENTOR; FIGUEROA, 1995, p. 3), e ela diz que podemos classificar quatro modos de reconhecimento de uma configuração ciborgue: em primeiro, a Restauradora: restauram funções,

órgãos e membros perdidos; a normalizadora: retornam os seres a uma indiferente normalidade; reconfiguradoras: criam criaturas pós-humanas, que são iguais aos seres humanos e igualmente diferentes deles e melhoradoras: criam criaturas melhoradas.

Em um mundo ‘quase’ apocalíptico ‘quase’ antropocentrado, a ideia e o agregado Ciborgue nos ajuda a pensar nas múltiplas intervenções e interseções entre o humano e a máquina; e especialmente, de um lado na mecanização e na eletrificação do humano; de outro, na humanização e subjetivação da máquina. Dessa mútua relação, surge o que poderíamos chamar de ciborgue de um ponto de vista antropológico. E isso nos leva a pensar não em termos de sujeitos ou de corpos ou ainda de fronteiras entre humanos e outras coisas, mas em termos de fluxos e intensidades, tal como sugerido por uma dada ontologia atual (KELLY, 2014; HARAWAY, 2014). O mundo não seria constituído de unidades sujeitos, sequer de unidades, mas inversamente, de correntes, circuitos, informações e fluxos que encontram aquelas unidades, DNAs, bactérias, proteínas, moléculas e outras muitas coisas por acaso em suas passagens. Embora a *DIY* e a Biologia Sintética se valham de alguns elementos desse caldo científico, discorreremos sobre a reabilitação no que se segue e deixaremos as reflexões sobre a *DIYbio* para uma próxima colaboração.

Reabilitação e etnografia

A partir de uma etnografia (período de campo entre 2018-2020) em um centro de saúde universitário, Marco Gavério acompanha algumas rotinas de tratamentos reabilitadores voltados à dimensão físico-motora. Instalado no setor de disfunções físicas infanto-juvenil, neuropediatria e saúde mental, uma das coisas que observa é como as fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, modulam suas rotinas e produzem suas estratégias de intervenção terapêutica. A unidade de análise é a sala de atendimento terapêutico, onde se dá o contato corporal entre as terapeutas físico ocupacionais

e seus pacientes/usuários dos serviços de saúde. São crianças e adolescentes que semanalmente, em determinados dias agendados, são atendidas em sessões de fisioterapia e terapia ocupacional. O foco de Gavério é o modo como professoras e estagiárias interagem com os indivíduos sob intervenção.

Aos poucos ele foi percebendo que esse local, que a sala de atendimento, que a relação agente de saúde-paciente, estava entrelaçada a um novelo muito mais amplo. Ou talvez, em outra metáfora, é algo que atravessa as inúmeras camadas que parecem conformar essa unidade saúde escola. É necessário um saber terapêutico e de um modo de formalização desse saber em profissionais qualificados; também é necessário que esses profissionais possam atuar em locais específicos e sob determinados parâmetros; e é necessário que tudo isso busque promover determinados tipos de cuidado em saúde, como se considera os tratamentos reabilitadores.

Um local como a unidade escola que ele tem frequentado etnograficamente é um 'microcosmo' dessa produção de saber que se transforma em práticas pedagógicas, que se transformam em intervenções clínico-terapêuticas, que se transformam em corpos e que se tornam informações e dados ao serem escritos nas fichas dos prontuários e avaliações disciplinares. A unidade saúde escola também possui uma característica interessante e fundamental que é o desenvolvimento de pesquisas científicas que, por sua vez, visam informar, ou melhor, evidenciar a eficácia das próprias práticas e parâmetros tecno-práticos que se lançam mão nos atendimentos clínicos. Dessa forma, a unidade é um espaço no qual se modula, a partir de múltiplas práticas e saberes, atendimentos públicos em saúde, formação acadêmica e profissional, além do desenvolvimento de conhecimentos tecnocientíficos.

Nesse sentido, parece plausível a ele pensar que, se os corpos das terapeutas e dos usuários se modulam a partir do momento

dos atendimentos, essa modulação depende também de relações com outros corpos. É necessário lidar com a burocracia da unidade, é preciso saber mexer nos registros dos usuários, é necessário saber preencher os prontuários, é preciso compreender os objetivos do paciente, é necessário acompanhar também as necessidades da família do usuário.

Quando falamos em reabilitação, é muito comum vir a mente uma certa dimensão biomédica que promoveria, fundamentalmente, a correção corporal de determinados indivíduos. Algo como um moldar ou remodelar uma determinada matéria. Nesse sentido, a reabilitação seria uma prática iminentemente médica – e até mesmo artística – ordenada principalmente por especialidades como a ortopedia e a fisioterapia⁷, tendo como objetivo um conserto, um restabelecimento do corpo a um estado anterior [ou posterior] de normalidade. Entretanto, por mais que essa consideração não seja errônea, quando observamos os desenvolvimentos tecnocientíficos das áreas médicas posteriores à cibernética, vemos que as ciências da reabilitação também vão se interessar por intervenções que tornem os corpos “melhores”, “mais funcionais”.

Pequeno excerto sobre função e dicotomias

O debate sobre o conceito de função nas Ciências Sociais é bem amplo para ser tratado em suas minúcias aqui. Entretanto, é importante sinalizá-lo com vistas a contextualizar algumas aproximações e distanciamentos que o conceito sugere com relação a sua utilização desde outras arenas científicas - como seria o caso da biologia, da própria medicina e outras áreas da saúde. Talvez o ponto comum que partem alguns textos que buscam retrair o histórico do conceito, está nos desenvolvimentos da sociologia Durkheimiana. Radcliffe Brown (1935), Merton (1968), Bateson (2006) e Florestan Fernandes (2006) ao discutirem certa origem do conceito de função retomam alguns desenvolvimentos contidos na obra 'As regras do método sociológico'

7 Fisiatria também poderia ser chamada de medicina da reabilitação.

(DURKHEIM, 2007).

Nessa obra, as proposições de Durkheim acerca da analogia da sociologia em relação a biologia se dão em duas frentes amplas, a saber: 1) crítica das analogias entre sociedade e organismo produzidas por autores como Comte e Spencer e, com isso, 2) reelaboração dos parâmetros analíticos sociológicos dos termos normal e patológico e dos termos estrutura e função. Em certa medida, Durkheim estaria, nessa discussão, entre a antropologia e a sociologia. Contudo, a emergência disciplinar do debate funcionalista também pode ser atrelada, em uma de suas vertentes, aos desenvolvimentos etnológicos de Bronislaw Malinowski e contemporâneos – lembremos do livro ‘A vida Sexual dos Selvagens’, que além do conceito de função opera com aberturas para reflexões comparativas sobre a reprodução humana e suas articulações. É importante notar que uma das diferenças entre as abordagens de Malinowski e de Durkheim provavelmente está na dimensão de como cada autor define os parâmetros do conceito e sua estratégia de aparição nos textos, além das extremas defesas dos parâmetros com os quais cada autor viria a usá-los.

Malinowski é explícito ao dizer que a função de determinada atividade social ou cultural depende de como a própria ordenação biológica da vida constitui a “sociedade” e é posteriormente modificada pela organização “cultural”. Malinowski define a noção de função social a partir da ideia de que a sociedade ou cultura é um desenvolvimento natural do próprio desenvolvimento e evolução humanos. Em outras palavras: a “sociedade” e “cultura” são frutos das próprias necessidades humanas.

We asserted that no organized system of activities is possible without a physical basis and without the equipment of artifacts. [...] In turn, such processes as breathing, excretion, digestion, and the ductless glands affect culture more or less directly, and give rise to cultural systems referring to the human soul, to witchcraft, or to metaphysical systems. (MALINOWSKI, 1961, p. 68)

Já Durkheim, apesar de não citar nominalmente Malinowski, discute a ideia de uma analogia do organismo biológico como um transplante analítico para compreender o mundo sociocultural um erro. Para Durkheim, apesar da plausibilidade analógica é preciso compreender que ao falarmos de organização social ou de sociedade como organismo - como um conjunto integrado entre função e estrutura, tal como um corpo orgânico (animal, vegetal) - estamos falando de uma outra forma de organização. Dito de outro modo, a sociedade não é um aglutinado de indivíduos em que sua existência é o cálculo médio das consciências individuais conglomeradas a partir da noção de “preservação da espécie”.

É uma proposição verdadeira tanto em sociologia como em biologia que o órgão é independente da função, ou seja, que pode servir a fins diferentes embora permaneça o mesmo. Portanto, as causas que o fazem existir são independentes dos fins aos quais ele serve (DURKHEIM, 2007, p. 94). [...] Com efeito, se a utilidade do fato não é aquilo que o faz existir, em geral é preciso que ele seja útil para poder se manter. (Idem, p. 99) [...] Um todo não é idêntico à soma de suas partes, ele é alguma outra coisa cujas propriedades diferem daquelas que apresentam as partes ele que é formado [...]. Ao se agregarem, ao se penetrarem, ao se fundirem, as almas individuais dão origem a um ser, psíquico se quiserem, mas que constitui uma individualidade psíquica de um gênero novo. (Ibidem, p. 105)

Esse é um esboço das discussões sócio-políticas que emergem ao longo do século XX e que foram se constituindo como “construções sociais”, ou assim foram sendo incontavelmente “rotuladas”. O corpo nessas discussões foi se tornando extremamente centralizado, ao mesmo tempo que se critica que essa centralidade analítica ainda não tenha tocado uma dimensão efetivamente ‘material’, como pode ser considerado o corpo em certo ponto de vista. Nos lembremos da noção Maussiana do corpo, com o qual muitos vieram a se relacionar, tanto da questão das técnicas (MAUSS, 2003)

quanto da síntese do triedro “bio-socio-psi” no humano (Idem), que segue há um século como *main-avenue* das discussões de corporalidade na tradição sociológica francesa.

Reabilitação e “melhorias”

De certa maneira, podemos conjecturar que com os desenvolvimentos da cibernética, pelo menos enquanto uma promessa plausível até os anos 1960-1970, a própria reabilitação se remodelou. É historicamente reconhecido que os desenvolvimentos de uma ciência da reabilitação em suas bases contemporâneas têm uma emergência fulcral em países norte americanos e europeus após a primeira guerra mundial (GRITZER, 1985; STIKER, 1999; WOOL, 2015). No período entre guerras e, principalmente, após a segunda guerra mundial, as tecnologias médicas voltadas à reabilitação se desenvolveram amplamente a partir da proposta de reintegrar à sociedade os soldados feridos em combate (SERLIN, 2002; 2006). Após os anos 1950, as tecnologias médicas e terapêuticas reabilitadoras, amplamente induzidas desde as esferas militarizadas de produção científica, se espalharam para vida civil através de processos mercadológicos. Tecnologias biomédicas desenvolvidas no seio de laboratórios militares passaram a transitar pelos mercados consumidores de países do norte global e serem produzidas também por empresas privadas (OTT, 2002; SERLIN, 2004).

É nesse sentido que acreditamos ser plausível uma certa afinidade eletiva (WEBER, 2004) em ocorrência desde meados dos anos 1950, nos circuitos de desenvolvimentos tecnocientíficos de ponta, com relação a práticas corporais terapêuticas (de correção ou adaptação) e práticas de “melhorias” (*enhancement*) do corpo humano. Dizendo de outro modo, as ciências da reabilitação, por mais que tenham focado a uma certa “correção” de desvios físico-motores e musculoesqueléticos, se produziram em paralelo às estâncias tecno-

científicas que buscavam superar os próprios limites anatomofisiológicos do corpo humano. Talvez seja por isso que vemos cada vez mais engenheiros, neurocientistas, epidemiologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais se inserirem, dentro de determinados tópicos de pesquisa clínica e laboratorial, nas ciências da reabilitação.

Apenas para se perceber como isso é um mercado em crescimento no exterior, perceba a pesquisa do professor Nicoletti com o exoesqueleto de ponte neural, as pesquisas e desenvolvimentos do professor engenheiro Sankai, que utilizando-se de parcerias público-privadas montou um verdadeiro império multimilionário com sua Companhia, a *Cyberdyne – Tsukuba/Japão*⁸, e também a figura do bio-mecatrônico Hugh Herr, que atualmente desenvolveu uma das mais avançadas próteses biônicas para membros inferiores. Em todos os casos temos coisas relacionadas à ciência, próteses, robôs, mente e comando androide, sendo que o corpo aparece anexado, uma vez que essas geringonças visam ligar mente/comando à máquina. Isso significa lidar com o corpo numa perspectiva anexa à máquina, como algo dependente da mente-máquina (LOURENÇÃO, 2018, 2019a, b).

Desde a pesquisa etnográfica de Marco Gavério é possível visualizar como as próprias ciências da reabilitação atualmente se produzem nesse formato expansivo, para além de modelos biomédicos mais restritivos. Nesse sentido, se até os anos 1980 era hegemônica uma perspectiva da “correção” corporal, a partir desse momento o que se tem modulado é uma série de técnicas e saberes que operam em uma perspectiva da “capacitação”, de um lado, e da robotização/mecanização, mais recentemente. Enquanto a primeira visão reabilitadora dependia de um ordenamento centralizado nas disciplinas biomédicas, como a ortopedia e a fisioterapia, a segunda visão tem dependido de ordenações paramédicas, como são os saberes e práticas terapêuticas ‘físico ocupacionais’, como a

8 Disponível no site: <https://www.cyberdyne.jp> Acesso em: julho de 2019.

fisioterapia e a terapia ocupacional. Se as primeiras técnicas e intervenções reabilitadoras operavam na lógica da correção dos desvios de um corpo perante o que seria anatomofisiologicamente normal, as técnicas e intervenções mais recentes têm se preocupado em desenvolver habilidades e funcionalidades individuais sem necessariamente recorrer a instâncias corretivas da estrutura e funcionamento corporais. A ideia de caminhos diferentes pode ser interessante para pensar neste contexto. E de possíveis atalhos para esses caminhos.

Nesse sentido, é possível pensar as práticas reabilitadoras, as intervenções reabilitadoras voltadas aos “problemas corporais”, não como estâncias que buscam somente fazer com que o indivíduo volte a um estado anterior de normalidade, ou posterior, mas como locais que buscam produzir outras normatividades a partir de um determinado tipo de corpo, que é singular em sua especificidade. Esse seria um enquadramento geral do que se constitui atualmente como funcionalidade humana. Desde o debate que emerge das disciplinas da área da saúde, essa perspectiva da funcionalidade humana tem se constituído e também provocado mudanças nas próprias práticas e saberes reabilitadores.

Atualmente, a dimensão da funcionalidade humana está sendo padronizada para uso clínico e administrativo em variados contextos socioculturais específicos a partir da promulgação, pela Organização mundial de Saúde (2003), em 2001, da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; *International Classification of Functioning, Disability and Health*). Correlata historicamente aos desenvolvimentos de modelos de intervenção terapêutica na saúde humana mais “holísticos, “integradores” ou “biopsicossociais”

(GUILLEMIN; BARNARD, 2015), a ideia de funcionalidade vem sendo gestada pelo menos desde os anos 1980, quando a OMS lançou as bases para suas atuais classificações de condições de saúde (SAMPAIO, et al. 2005; COSTA, 2006).

A CIF (OMS, 2003, p. 7) define funcionalidade como “um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação”⁹, ao mesmo tempo que essa definição se contrapõe à de “incapacidade”. Na própria CIF (OMS, 2003, p. 7), a “incapacidade [*disability*] é um termo que inclui deficiências (*impairments*)¹⁰, limitação da atividade ou restrição na participação”. Portanto, agora, a deficiência, ou incapacidade (*disability*), é um conjunto de elementos que podem ser considerados “disfuncionais”, sejam disfunções corporais (*impairments*) ou propriamente entre o indivíduo e seu ambiente (limitação da atividade ou restrição na participação). Em suma, os parâmetros do ‘não-funcionamento’ ou ‘mal funcionamento humano’ deixam de ser uma questão de doenças, causadas somente por condições patológicas, e passa a ser um componente detectável através de novas formas de mensuração da saúde que, inclusive, personaliza cada caso em suas especificidades.

Sobre os ciborgues que nos habitam e sobre modos de habitar os ciborgues

Pensamos que em certo sentido há alguma validade em reabilitar a ideia do ciborgue em nossos dias. Apesar de antiquada, e diretamente produzida pelo capitalismo industrial e pós-industrial, no nosso entender se trata de uma metáfora interessante pois lida com um *entre* que escapa das distinções comuns – acadêmicas, em grande medida – do humano/máquina, da natureza/cultura, normal/patológico, habilitado/

9 Consultar Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2003, p.7.

10 Como se vê, nas traduções portuguesas da CIF, o termo deficiência é tradução de *impairment* e não de *disability*. Já o termo *disability* é traduzido por incapacidade. Nesse sentido, deficiências (*impairments*) são “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (OMS, 2003, p. 14). Débora Diniz (2007) argumenta que as traduções em português da CIF são feitas por tradutores biomédicos, sem o conhecimento do debate teórico e político-social que garante outras interpretações com relação a ‘origem negativa’ da ‘deficiência’ (como tradução política de *disability* e não de *impairment*).

reabilitado etc. Não que essas distinções não tenham sentido; o problema é que elas têm, mas os subprodutos das distinções é o que nos causa certos incômodos analíticos. E o sentido pelo qual fazemos essa retomada dessas coisas, em termos das cibernéticas e do ciborgue está em justamente dar um passo para trás para poder avançar a discussão. No sentido mesmo no qual o corpo – ocidental e oriental, nortista ou sulista – se liga à tecnologia e se relaciona à ela de múltiplas formas, tanto no sentido no qual a tecnologia muda a forma como o corpo se liga ao presente real (robôs, mecatrôns, exoesqueletos, terapias, reabilitações, habilitações, hormônios, remédios, pílulas) como nos variados modos que os corpos se moldam às tecnologias também – manipulação de celulares, tablets, computadores, *DIYBio* e *biohacking* (LOURENÇÃO, 2019a) e sobre isso, apesar de antigo, a criação da máquina de escrever e a criação das habilidades para manipulá-la é um dos mais interessantes exemplos de criação de habilidades que não possuíamos – e com isso apenas desejamos mostrar como esse processo é de dupla entrada. E, para tudo isso, a figura do ciborgue auxilia a colocar em relevo essas relações de complementaridade dinâmica, e nossa relação deveras instável com essas técnicas, tecnologias, e coisas todas.

Ora, tanto nas cibernéticas, nas vidas de laboratório, nas formas modernas e não tão modernas de vida e inserção no capitalismo de 4ª geração, quanto nas formas de reabilitação temos nos tornado ciborgues no sentido de que tal noção nos ajuda a pensar que nossa vida é atravessada e formalmente garantida pela tecnologia, para nos dar ou retomar ou habilitar ou reabilitar ao trabalho capitalista. Igualmente, com o fatalismo do aquecimento global há de se argumentar que invariavelmente nosso modo de vida ciborgue vai nos levar ao esgotamento de nossos recursos [natureza enquanto recurso] e nossos modos de vida decorrentes deste capitalismo e dos capitalisms passados trará nosso fim enquanto espécie, ao menos nesse planeta, alguém diria. Mas não tão lá, e mais aqui ainda, é preciso que percebamos qual é a relação que nossos corpos possuem com essas técnicas, tecnologias, ciências,

e coisas, pinças, máquinas, medicamentos, terapias, protocolos corporais. Apesar de nossas existências e corpos estarem em uma gaiola de ferro capitalista, e nossos corpos fazerem parte desse processo de conhecimento, enquanto tal estão sujeitos às mais variadas manipulações, mesmo que disso não nos apercebamos com frequência. Nossos dados são usados por terceiros, nossa vida pessoal é esquadrinhada por alguma empresa ou processo. Nossos endereços de casa/apartamento, email, CPFs, alturas, pesos, idades; pensamentos e reflexões, dosagens e medicamentos, são pesados, mensurados, medidos, discutidos, compartilhados e viram cifras em algum lugar ou n'algum bolso. Nossos corpos, medidas, movimentos, são usados pelas ciências e por terceiros que se valem dessas coisas, mesmo que com objetivos não tão nobres como os das 'ciências'. Mas essa tomada de consciência é algo que não aconteceu até aqui. Talvez venha a se dar em algum dos futuros possíveis. Pode se dar, como igualmente pode não se dar.

E nisso o ciborgue nos auxilia, como produto desse mesmo capitalismo, como elemento que nos coloca em face daquilo que é um simétrico oposto a cada elemento com o qual ele vem a fazer par. Um braço ciborgue é tudo como um braço, uma metáfora do ente, e ao mesmo tempo um ente; e, é nisso que reside sua plasticidade e duplicidade, algo igual e diferente de uma parte de um ente. É e não é ao mesmo tempo. E ao ser o que se é mesmo não sendo o que se é, ele nos permite pensar nas aproximações e diferenças. É claro que um braço ciborgue é apenas um elemento de pensamento, assim como um chip [que é igualmente um ciborgue], um foguete espacial, um celular, um exoesqueleto, um implante, um milhar de outras coisas relacionadas ao nosso modo de vida e sem as quais não nos reconhecemos senão com a falta de algo que nos pertence, ou que deixa de nos pertencer; pertencimento enquanto dado. No mesmo sentido encontramos nele as bases para uma reflexão sobre nosso próprio tempo. E é preciso pensar nisso, pois a cada dia nos tornamos objetos de um saber que não é mais apenas científico, e se o é, é no sentido de o ser

para o capital. Aqui estamos muito próximos de Marx e de Foucault, mas há algo que nos escapa. Ainda e sobretudo.

Dessa forma, ao nos tornarmos ciborgues, igualmente possa vir dessa retomada a possibilidade de colocar nossa existência *ciborgue* em perspectiva. De olhar para ela de outra forma. Não de forma positiva ou negativa, *mas da forma como ela é* atravessada pelas técnicas, ciências, medicina, e pelo capital. E disso, quem sabe, poderá vir um novo olhar, um novo modo de ver essas coisas, e por que não, de ver as nuances das explorações a que estamos sujeitos mesmo, e sobretudo, enquanto ‘sujeitos’ dessas mesmas práticas médicas. No xintoísmo japonês – religiosidade nativa japonesa – a presença do espelho é algo de suma importância e pode ser vista em vários locais, desde nos pequenos oratórios localizados nas casas até nos templos japoneses, situados em todos os locais espalhados pelo arquipélago. Ora, os espelhos são algo em si mesmo interessante. Assim como o ciborgue, os robôs, são nossos simétricos – invertidos ou não –, eles nos permitem olhar para nós mesmos ao longo de nossa existência, inclusive e sobretudo tecnológica.

Referências bibliográficas

BATESON, Gregory. *Naven: um esboço dos problemas sugeridos por um retrato composto, realizado a partir de três perspectivas, da cultura de uma tribo da Nova Guiné*. Tradução de Magda Lopes. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

COSTA, Antônio José Leal. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios -PNAD, Brasil, 2003. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 927-940, dez. 2006.

DINIZ, Débora. *O Que É Deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. Tradução Paulo Neves; Revisão da tradução Eduardo Brandão. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EILERS, Miriam; GRÜBER, Katrin; REHMANN-SUTTER, Christoph (eds.). *The Human Enhancement Debate and Disability: New Bodies for a Better Life*. Palgrave Macmillan, 2014.

FERNANDES, Florestan. *A Função Social da Guerra na Sociedade*. Prefácio Roque de Barros Laraia. 3. ed. São Paulo: Globo, 2006.

GRAY, Chris Hables; FIGUEROA-SARRIERA, Heidi; MENTOR, Steve. *The Cyborg Handbook*. London: Routledge, 1995.

GUILLEMIN, Marilyns; BARNARD, Emma; ENGEL, George Libman. The Biopsychosocial Model and the Construction of Medical Practice. COLLYER, Fran (org.). *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Palgrave Macmillan, 2015.

GRITZER, Glenn; ARLUKE, Arnold. *The Making of Rehabilitation - A Political Economy of Medical Specialization, 1890-1980*. University of California Press: Berkeley and Los Angeles, California, 1985.

HALL, Melinda Charis. *The Bioethics of Enhancement: Transhumanism, Disability, and Biopolitics*. Lexington Books, 2017.

HARAWAY, Donna. *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham and London: Duke University Press, 2016.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do Século XX. In: HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz (orgs.). *Antropologia do Ciborgue*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000a.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz (orgs.). *Antropologia do Ciborgue*. Belo

Horizonte Autêntica, 2000b. .

KELLY, John. Introduction: The ontological turn in French philosophical anthropology. *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, vol. 4, n. 1, p.259-269, 2014.

KIM, Joon Ho. *O estigma da deficiência física e o paradigma da reconstrução biocibernética do corpo*. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

KUNZRU, Hari. Genealogia do Ciborgue. In: HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz (orgs.). *Antropologia do Ciborgue*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LOURENÇÃO, Gil Vicente Nagai. *Untamed genes, bio-artisans and scientific artists: a small anthropological panorama of the DIYBio in Brazil and Japan*. Department of History and Anthropology, Conference paper, 2019a.

_____. Os dilemas do humano: reinventando o corpo numa era (bio)tecnológica. São Paulo: Anablume, 2012, 168p. . Resenha de: MONTEIRO, Marko Synésio Alves. *Horizontes Antropológicos*, n. 53, 2019b, p. 421-426.

LOURENÇÃO, Gil Vicente Nagai; MONTEIRO, Marko Synésio Alves. Diybio: about the ways of an anthropological cyborg work.. In: 18th IUAES World Congress World (of) encounters: the past, present and future of anthropological knowledge., 2019, Florianópolis. Conference Proceedings. Anais/ 18th IUAES Word Congress = 18o Congresso Mundial de Antropologia; Miriam Pillar Grossi, Simone Lira da Silva [et al]

(organização) - Florianópolis: Tribo da Ilha, p. 2230-2243. 2018.

_____. Workshop e Palestra com Professor Alessandro Delfanti <https://geict.wordpress.com/2017/12/19/workshop-e-palestra-com-o-professor-alessandro-delfanti/> 2017.

_____. >O Espírito Japonês: esboço para uma arqueologia etnográfica do Ki. Ph.D. Thesis in Social Anthropology, Federal University of São Carlos, Graduate Program in Social Anthropology. 2016.

MALINOWSKI, Bronislaw. *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. New York: Oxford University Press, 1961.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. Cosac-Naify, 2003.

MERTON, Robert. *Social Theory and Social Structure*. Nova York: The Free Press, 1968.

MONTEIRO, Marko Synésio Alves. *Os dilemas do humano: reinventando o corpo numa era [bio] tecnológica*. São Paulo, Annablume. 2012.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Organização e coordenação da tradução por Cássia Maria Buchalla*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

OTT, Katherine. The Sum of Its Parts: An Introduction to Modern Histories of Prosthetics. In.: OTT, Katherine; SERLIN, David; MIHM, Stephen (orgs.). *Artificial Parts, Practical Lives: Modern Histories of Prosthetics*. New York University Press: New York and London, 2002.

13 Como afirma Christopher Norris em referência a um núcleo “transparadigmático” de sentido em certos conceitos historicamente mutáveis da física, como aqueles de “massa” e “força”, “mesmo que seja o caso que as observações (e os enunciados observacionais) sejam sempre... ‘impregnados de teoria’, ainda assim há instâncias – como o conceito de ‘massa’ em seus vários usos de Aristóteles até o presente – onde o progresso consiste precisamente em sermos capazes de explicar tanto o que havia de errado com as teorias mais antigas quanto em que o estado atual do conhecimento oferece um meio mais exato, mais rigoroso e mais adequado de conceituação” (1997, p. 98; grifos do autor).

- RADCLIFFE-BROWN, Alfred.. On the Concept of Function in Social Science. *American Anthropologist*, v. 37, parte 1, jul./set. 1935, p. 394-402.
- ROSEMBLUETH, Arturo; BIGELOW, Julian e WIENER, Norbert. Behavior, purpose and Teleology. *Philosophy of Science*, v.10, n.1, jan. 1943, p. 18-24.
- SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C; GONÇALVES, G. G. P; BITTENCOURT, N. F. N; MIRANDA, A. D; FONSECA, S. T.. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista brasileira fisioterapia*. v.9, n.2, 2005.
- SERLIN, David. Engineering Masculinity: Veterans and Prosthetics after World War Two. In.: OTT, Katherine; SERLIN, David; MIHM, Stephen (eds.). *Artificial Parts, Practical Lives: Modern Histories of Prosthetics*. New York University Press: New York and London, 2002.
- _____. *Replaceable You: Engineering the American Body after World War Two*. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
- _____. The Other Arms Race. In: DAVIS, Lennard J. *The Disability Studies Reader – Second Edition*. New York: Routledge, 2006.
- SHANNON, C. E. 1948: A mathematical Theory of Communication. *The Bell System Technical Journal*, vol. 27, pp. 379-423. October, 1948.
- STIKER, Henri Jacques. *A History of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1999.
- WEBER, Max. *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- WIENER, Norbert. *Cybernetics: or the control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: The Technology Press, 1948.
- WIENER, Norbert. *Cibernética e sociedade. O uso humano de seres humanos*. São Paulo, Cultrix. 1984.
- WOOL, Zöe H. *After War: The Weight of Life at Walter Reed*. Duke University Press, 2015.

De algumas vontades de saber na neurociência: a saga dos cérebros sexuados

Marcos Castro Carvalho¹

Resumo

A busca pela natureza biológica de diferenças relativas a gênero e sexualidade não é exatamente nova na história das ciências do humano, bem como a procura pela ancoragem corporal de características comportamentais, emocionais e morais. Todavia, a articulação entre cérebro e sexo / orientação sexual é algo que tem ganhado novas facetas, densidade e difusão desde as últimas décadas do século XX. Neste artigo, analisamos uma série de produções neurocientíficas que compõe uma agenda de pesquisas específica voltada para a neurobiologia do comportamento sexual. A partir do delineamento de controvérsias mobilizadas ao longo dos anos abarcados pelo programa neurocientífico em questão e alguns dos artigos dele resultantes, discutimos como se constroem dados sobre o dimorfismo sexual cerebral e da cerebralização da orientação dos desejos sexuais por meio de estruturas que articulam de modo intrínseco e característico um arraigado dualismo de sexo-gênero com concepções heteronormativas em torno da sexualidade humana.

Palavras-chave: *antropologia das neurociências; controvérsias sociotécnicas; gênero, sexualidade e ciência; cérebros sexuados*

Some wills to know in neuroscience: the saga of sexed brains

Abstract

The search for the biological nature of differences related to gender and sexuality is not exactly new in the history of the sciences of the human, as well as the search for the body anchoring of behavioral, emotional and moral characteristics. However, the articulation between brain and sex / sexual orientation is something that has gained new facets, density and diffusion since the last decades of the 20th century. In this article, we analyze a series of neuroscientific productions that make up a specific research agenda focused on the neurobiology of sexual behavior. Based on the outline of controversies mobilized over the years covered by the neuroscientific program in question and the resulting articles, we discuss how to construct data on the sexual dimorphism of the brain and the cerebralization of the orientation of sexual desires through structures that articulate intrinsically and characteristic an ingrained dualism of sex-gender with heteronormative conceptions about human sexuality.

Keywords: *anthropology of neurosciences; sociotechnical controversies; gender, sexuality and science; sexed brains*

¹ Pós-doutorando em Antropologia Social do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

Já é redundante apontar para o processo massivo de difusão, nos meios de comunicação de massa, das mais variadas temáticas relacionadas à neurociência, tanto no que tange à mídia impressa quanto à televisiva e virtual. Não se limitando aos anteriormente denominados “transtornos mentais” (agora pensados em termos de patologias ou disfunções cerebrais), os estudos pautados no funcionamento cerebral – através da mídia e de revistas de divulgação científica – também popularizam resultados de inúmeras pesquisas, quase sempre realizadas através de onerosas tecnologias de visualização como a tomografia por emissão de pósitrons (PET *scan*) e a ressonância magnética funcional (fMRI). Destaques coloridos de regiões do cérebro, assim como esquemas de conexões neurais e reações sinápticas passam a compor cotidianamente o repertório de imagens biomédicas que permeiam os programas televisivos de grande público e as manchetes de revistas e jornais. Simultaneamente, propaga-se no senso comum uma familiaridade considerável não só com as figuras e formas

resultantes dessas tecnologias como com os novos jargões neurocientíficos, ocupando um espaço muitas vezes antes dominado pela vulgata derivada dos saberes “psi”².

Além das imagens, é perceptível a presença cada vez mais constante de neurocientistas inseridos em uma gama de debates televisivos opinando sobre questões que abordam desde a criminalidade urbana até os percalços dos relacionamentos amorosos³. Neste sentido a neurociência⁴ deixa o campo médico para penetrar no cotidiano corriqueiro da vida em sociedade, numa espécie de radicalização da popularidade que ela já vinha adquirindo desde os anos 1970 e 1980, quando passou a compor a linha de frente das chamadas “ciências cognitivas”⁵. Nesse movimento de “virada biologizante”, nota-se também um crescente engajamento de muitos psiquiatras na promoção da ideia de uma “psiquiatria biológica”. Tal engajamento pode representar certo desgaste da fundante tensão entre o físico e o moral que constituiu a psiquiatria enquanto especialidade médica, aproximando progressivamente o saber psiquiátrico ao que antes competia ao ramo

2 Sem dúvida, a propagação e abrangência de ambos os segmentos – a neurociência e os saberes “psi” – necessita ser matizada por um recorte que contemple os distintos universos de classe social, nacionalidade, entre outros marcadores sociais. Entretanto, tal intuito extrapola as pretensões deste trabalho, que não se propõe a analisar diretamente os impactos produzidos pela divulgação do conhecimento científico.

3 Além da presença midiática de “especialistas do cérebro”, também cresceu substancialmente o número de literatura que flerta com o campo da divulgação científica e também com a bibliografia de auto-ajuda, muitas vezes envolvendo inclusive autores que também atuam como cientistas. Ver Azize e Carvalho (2011). Tal literatura não raro também aborda questões de gênero e sexualidade de um ponto de vista “cerebralizado”. Rohden (2012), por exemplo, busca compreender o processo de coprodução entre gênero e ciência a partir do best-seller “The Female Brain”, de autoria de uma neuropsiquiatra estadunidense. Rohden sugere que um novo campo de mediações estaria surgindo por meio do que chama de autoajuda cientificamente embasada, que não poderia simplesmente ser descrito com os rótulos de “divulgação científica” ou “popularização da ciência”. Lança mão então da noção fleckiana de “protoideias” para pensar essa passagem de conhecimento entre os círculos esotéricos e exotéricos, que ainda que presentes no caso da produção científica, seriam ainda mais relevantes no caso das publicações voltadas ao grande público. De acordo com autora, isso faria ainda mais sentido no caso da criação de diferença entre os sexos, posto que apelaria para protoideias arraigadas e um *métier* histórico propício para tal. Não por menos, as pesquisas científicas abordadas no presente artigo sobre cérebros femininos e masculinos, homossexuais e heterossexuais, contaram com ampla repercussão midiática internacional.

4 É importante destacar que apesar de estar me referindo à neurociência de uma forma generalizada, esse campo está longe de ser homogêneo, englobando uma pluralidade de disciplinas e atores, comportando diversificados programas de pesquisa. Alain Ehrenber (2004) sugere que existiria uma divisão entre uma “neurociência fraca” e uma “neurociência forte”, a primeira relacionando-se ao estudo de patologias neurológicas ou neurodegenerativas (como o Alzheimer) e a segunda se ocupando de entender a “alma” e o comportamento humano. Embora eu acredite que dentro mesmo destes dois pólos a situação não é tão consensual, a análise que se segue está pautada na chamada “neurobiologia das emoções e do comportamento”, que se enquadraria no que ele denomina de “programa forte” da neurociência.

5 “(...) termo que por sua vez designa um conjunto de saberes congregados em torno do objetivo de explicar cientificamente (ou materialmente) o ‘espírito’, a saber, a psicologia cognitiva, a epistemologia (filosofia da mente), a lingüística, a inteligência artificial e a neurociência (Varela, s/d)” (RUSSO e PONCIANO, 2002, p.350-351).

da neurologia (BEZERRA JR., 2000; RUSSO e PONCIANO, 2002; EHRENBERG, 2004).

A centralidade do “cérebro” no espaço público tem instigado uma série de autores, que vêm buscando compreender esse fenômeno tão incisivo quanto recente que é a hegemonia da neurociência como marco explicativo para as mais diversificadas questões concernentes ao humano. Há quem fale na emergência de um *sujeito cerebral*, e que estaríamos caminhando para uma “biologia do espírito” (EHRENBERG, idem); Concomitantemente, há quem defenda que estamos vivenciando um momento de fragmentação corporal através das tecnologias médicas (ORTEGA, 2005); há quem discorra sobre uma reconfiguração da Pessoa moderna – implicando em uma naturalização da subjetividade acompanhada de uma “moralização” da natureza (RUSSO e PONCIANO, idem); uma construção de corpos existentes fora das experiências dos sujeitos e pessoas virtuais sem corpo (CHAZAN, 2003); ou mesmo uma inversão da relação entre subjetividade e fisicalismo, através do englobamento do primeiro pelo segundo (AZIZE, 2008).

A discussão proposta adiante não se pretende uma grande reflexão sobre os dilemas contemporâneos da neurociência, e muito menos sobre as subjetivações implicadas nesse contexto. O que se tinha em vista, no momento de confecção deste texto, era incitar um debate sobre algumas questões que acabam por orientar determinadas pesquisas realizadas na seara das neurociências – em especial aquelas relacionadas a buscas por mecanismos biológicos específicos e simplificados de questões relacionadas ao comportamento, moral e emoções humanas. Assim como provocar inquietações acerca das verdades produzidas pelas neuroimagens e as pretensões que elas carregam consigo, retomar algo do processo de construção dos fatos científicos e desestabilizar determinadas assertivas cristalizadas após o fechamento de

*caixas-pretas*⁶.

Mais especificamente, buscou-se forjar uma análise – ainda que introdutória e necessariamente inconclusa – acerca de uma polêmica pesquisa publicada em artigo científico e divulgada pela mídia. Trata-se do estudo comparativo entre “cérebros heterossexuais” e “cérebros homossexuais”, realizada por neurocientistas do Instituto Karolinska, na Suécia – o mesmo instituto responsável pela eleição do Prêmio Nobel de medicina. Posto isso, o que se intentou foi contextualizar tal pesquisa dentro da gama de outras investigações realizadas pelos mesmos pesquisadores no intuito de compreendê-la não isoladamente, mas compondo um mesmo projeto de inquirições acerca do dimorfismo sexual do cérebro e das diferenças e semelhanças de funcionamento cerebral entre sujeitos “homossexuais” e “heterossexuais”.

Por que o cérebro?

O projeto que a neurociência reivindica para si da compreensão de algo próximo a uma essência do humano – incluindo sua consciência, seu comportamento, sua memória, seus sentimentos, seus valores – a partir de um “desvelamento” da estrutura e do funcionamento cerebral não é algo completamente inédito na história do Ocidente. A tentativa de localizar áreas pontuais do cérebro responsáveis por comportamentos, emoções e traços identitários pode ser remontada a estudos empíricos efetuados em fins do século XVIII e no decorrer do século XIX. Obviamente, não se pode negar a existência de diferenças marcantes no que diz respeito aos contextos díspares em que os “velhos” e os “novos” saberes foram produzidos (a realidade sociocultural oitocentista e a atual). Todavia, é possível relativizar o peso de “inovação” que tem sido dado aos estudos contemporâneos em neurociência. Ciências como a organologia, a frenologia (que foi uma derivação da primeira), a fisiognomia e a craniometria, durante todo o

6 Tal noção aparece aqui no sentido em que ela é empregada por Bruno Latour (2000). Ou seja, o de um conjunto de enunciados até então controverso que, após serem purificados e estabilizados através das tramas dos diversos atores envolvidos na produção científica, são tomados como “fatos científicos” estabelecidos, inquestionáveis e, portanto, constituindo *caixas-pretas*.

século XIX, buscaram evidenciar aspectos morais da experiência e dos grupos humanos através do estabelecimento de medidas corporais e do crânio e de divisões funcionais do córtex⁷. Assim, poderíamos pensar o paradigma neurocientífico contemporâneo enquanto *neo-localizacionista* (GOULD, 1991; STEPAN, 1994; VENTURI, 2007).

Do mesmo modo que as investigações do cérebro, o uso de tecnologias de visualização médica tão em voga na neurociência também possui uma história, podendo ser traçados, inclusive, os caminhos trilhados na construção de sua inabalável objetividade – que faz com que as imagens atualmente divulgadas sejam tão legítimas e difundidas. Como demonstram os trabalhos de Lilian Chazan (2003) e Camilo Venturi (2007), as tecnologias visuais e as próprias formas de representação imagética do corpo nem sempre tiveram os mesmos significados. Se no século XVIII, produzir imagens sobre o corpo implicava em um senso estético divinizado não comprometido com a empiria dos corpos e sim com um ideal estilizado, no século seguinte constituiu-se uma outra *epistème*. O século XIX, por sua vez, desenhou um olhar corporificado, fisiologizado e, simultaneamente, subjetivo. Esse novo regime de visibilidade só foi possível a partir da construção de tecnologias mecânicas como a fotografia e, especialmente, o Raio-X⁸. Inventado na última década do século XIX, o Raio-X possibilitou a conformação de uma polêmica transparência do corpo⁹. Trazer o interior do

corpo para o espaço público de fato gerou uma série de reações, radicalizando e ao mesmo tempo já modificando aquele olhar anterior da anatomoclínica descrito por Foucault (2004).

Os instrumentos mecânicos empregados pela fotografia e pelo Raio-X produziram um ideal de objetividade que visava contrabalançar o olhar necessariamente subjetivo e corporificado do cientista. Ao introduzirem máquinas como intermediários entre humanos e imagens, tais tecnologias conseguiram reivindicar uma suposta neutralidade das imagens geradas. Tal objetividade, no entanto, ainda era distinta daquela que vem se delineando desde o início da produção de imagens digitais. A partir dos anos 70 do século XX, com o advento da tecnologia computacional, viriam a tornar-se amplamente disponíveis para pesquisa imagens conseguidas a partir de Tomografia Computadorizada (TC), ainda funcionando à base de raio-X. Enviados para o computador, os feixes de raio-X passaram a ser processados matematicamente. Em seguida desenvolveu-se também o Imageamento por Ressonância Magnética (IRM), baseado na criação de campos magnéticos que emitiam frequências passíveis de serem processadas e reconstruídas em imagem pelo computador. Somente a partir das décadas de 1980 e 1990¹⁰, já com computadores capazes de processar algoritmos complexos, é que se passou a forjar tecnologias capazes de construir imagens do fluxo sanguíneo e do cérebro em funcionamento (CHAZAN, idem; VENTURI, idem).

7 Constituindo, como defende Nancy Leys Stepan (1994), uma “ciência biossocial de variação humana”. Para uma obra referencial acerca da busca de mensurações craniais na tentativa de legitimação científica de hierarquizações diversas entre povos, “raças” e categorias específicas de seres humanos, ver “A falsa medida do homem”, de Stephen Jay Gould (1991).

8 Antes deles já haviam aparecidos outros artefatos óticos, como a *camera obscura*. Contudo, não obtiveram tanto impacto quanto as imagens radiografadas. Para maiores detalhes ver Venturi (idem).

9 Chazan (idem), apoiando-se em Cartwright, revela movimentações bastante intrigantes em torno do surgimento do Raio-X. Nas palavras da autora: “Segundo Cartwright, o motivo real do escândalo consistia, contudo, no fato de que estava em jogo o texto cultural inscrito na superfície do corpo, pois as primeiras imagens radiográficas aboliam, dentre outros aspectos, a identidade sexual, por não evidenciarem a genitália e a musculatura. Desse modo, códigos há muito utilizados para o estabelecimento de identidades estavam sendo ameaçados” (p.199-200). Veremos adiante como a neurociência vem buscando reconfigurar a produção de imagens de modo que se possa garantir as diferenciações de gênero potencialmente ameaçadas.

10 O período de final dos anos 80 e início dos anos 90 foi marcado por um forte otimismo no potencial da neurociência e das novas tecnologias de visualização. A ponto de o então presidente estadunidense George Bush declarar que a década de 1990 seria a “Década do Cérebro”, ratificando a proposta da Lei Pública 101-58 que havia sido recomendada pela comunidade neurocientífica e votada no Congresso (RUSSO e PONCIANO, idem; VENTURI, idem).

Instaurava-se, assim, a segunda era das técnicas de visualização médica, ou a era do imageamento funcional, cujos primeiros representantes foram a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET *scan*). Nos anos 1990, o imageamento por ressonância magnética funcional (IRMf) reforçou este arsenal tecnológico (VENTURI, *idem*, p.102)

Surge, então, um novo ramo de atuação científico-tecnológica denominado neuro-informática. Com o PET *scan* passou-se a conjugar radiatividade e algoritmos no rastreamento de moléculas, transmissão para um formato computadorizado e produção de imagens digitalizadas¹¹. Tais imagens passariam a constituir espécies de “atlas cerebrais” ou “atlas neuro-funcionais”, que seriam traçados a partir de padrões médios dos cérebros de populações e grupos específicos. Assim, criam-se bancos de dados digitais, onde se seleciona imagens correspondentes a sínteses dos *cérebros médios* para fins comparativos (dado que as variações individuais de estruturas cerebrais são inumeráveis). Padrões numéricos coletivos são eleitos para que se possa produzir imagens quantificáveis e quantificadas, que ganham cores e formas a partir de sua manipulação digital (CHAZAN, *idem*; VENTURI, *idem*).

A *objetividade mecânica* das antigas tecnologias de formato analógico (como a fotografia e o raio-X) dá lugar a uma *objetividade digital*, que é ainda mais pretensiosa no sentido de reivindicar uma extrema neutralidade e deslocamento da subjetividade humana. Nunca se fez tão forte a crença de que a “natureza” – a

partir da autoridade de uma lógica digital – está “falando por si própria”, mostrando-se em toda a sua nudez. Os cálculos numéricos e as reconstruções imagéticas realizadas digitalmente viriam a ocultar a presença do cientista/observador, mostrando-se para o público em geral enquanto ícones em si mesmos, fatos e verdades naturais (CHAZAN, *idem*; VENTURI, *idem*).

Entre neurocientistas, feromônios e a busca pelo cérebro sexuado: adentrando no Instituto Karolinska

Retomando o ponto propulsor de toda a discussão acima iniciada, passemos ao “cérebro” em sua faceta empírico-experimental. Como já enunciado, o que se pretendia desenvolver no decorrer do texto eram reflexões acerca de uma pesquisa neurocientífica, amplamente divulgada pela imprensa, e que versava sobre cérebros heterossexuais e homossexuais. Realizado por dois cientistas ligados ao Instituto Karolinska, na Suécia – ambos pertencentes ao Departamento de Neurociência Clínica, situado no Instituto do Cérebro de Estocolmo¹²–, o estudo se baseou nas tão apreciadas tecnologias de visualização do PET*scan* e da MRI. No entanto, tal pesquisa (publicada em abril de 2008) é parte de um programa mais abrangente de investigações que vêm sendo conduzidas pelo mesmo corpo de especialistas há alguns anos. É dentro deste contexto que pretendo situar o estudo dos “cérebros homossexuais”, no intuito de compreendê-lo como fruto de preocupações anteriores mais ou menos concatenadas, que

11 “Neste sentido, estas tecnologias não tiram simplesmente fotografias, ou radiografias, da estrutura espacial do organismo. Com efeito, as neuro-imagens são o resultado da computação de padrões fisiológicos emitidos pelo corpo, transformados em campos numéricos. Estes campos numéricos, por sua vez, são convertidos em pixels e voxels, que, na linguagem computacional, correspondem a unidades gráficas. Ao final da transposição de padrões fisiológicos para números e sua posterior transformação em unidades gráficas, o usuário pode optar entre a exibição destes cálculos no formato de imagens, ou no formato de diagramas (cf. Anguelov, 1999). Todo este processo implica que o resultado final não possua referente no campo observável, tal como uma imagem por raios-X, ou até mesmo uma Tomografia Computadorizada. A imagem resultante do processo de digitalização do cérebro é uma recriação de padrões fisiológicos mediada por cálculos de alta complexidade. Nos termos de Zlatko Anguelov (1999), são imagens de uma ‘anatomia quantitativa.’” (VENTURI, *idem*, p.113-114)

12 Trata-se de Ivanka Savic e Per Lindström. Posteriormente à publicação dos artigos científicos aqui abordados, Savic também passou a se debruçar sobre a questão da transexualidade, e suas supostas bases biológicas e conexões cerebrais “atípicas”. Todavia, dada a limitação de um artigo, não abordarei aqui suas produções relacionadas a pesquisas posteriores.

acabaram por incitar uma série de pesquisas paralelas.

Já no primeiro ano da presente década Ivanka Savic divulgou uma pesquisa que abordava a suposta diferenciação de ativação do hipotálamo anterior em homens e mulheres, a partir da inalação de feromônios¹³. O ponto de partida do estudo seria que homens exalariam no suor uma substância derivada da testosterona denominada 4,16-androstadieno-3-um (AND), enquanto que a urina de mulheres grávidas conteria uma substância semelhante a um esteróide, o 1,3,5(10),16-tetraeno-3-ol (EST)¹⁴. Após a seleção de sujeitos (homens e mulheres) e a inalação de ambas as substâncias por todos realizou-se a subsequente passagem pelos testes de PETscan. As “constatações” principais foram que o AND teria ativado a área pré-ótica e o núcleo ventromedial do cérebro feminino – e que supostamente também proporcionaria uma alteração da liberação hipotalâmica do hormônio luteínico de modo a promover a ovulação –, e o EST acionado a área que cobre o núcleo paraventricular e o núcleo dorsomedial do cérebro masculino. Além disso o EST, quando sentido por mulheres, e o AND, quando sentido por homens, acionariam somente áreas responsáveis pelo processamento de odores comuns. Desse modo, o cérebro possuiria uma tendência a diferenciar os cheiros “sexualizados” dos cheiros “neutros”.

O que se vê já nesse primeiro estudo é que as bases para a produção de um “cérebro sexuado” já estavam sendo alicerçadas, assim como as cartas para o “baralho neurocientífico” dos gêneros “cerebralizados” também estavam lançadas. Postulando a existência de hormônios

“femininos” e “masculinos” responsáveis pela excitação e atração ao sexo oposto, marcava-se o binarismo de gênero e a natureza fundamentalmente heterossexual das relações. Simultaneamente, ao associar a sexualidade feminina à emissão de uma substância produzida no estado de gestação e cogitar a hipótese de que o “cheiro masculino” incitaria a ovulação, ratificava-se o marco heterossexual através da intrínseca relação entre desejo e reprodução. Posto isso, as pesquisas posteriores não se mostram tão surpreendentes e inesperadas. Pelo contrário, elas partem dessa linha retórica principal – pautada na sedimentação dos sexos no cérebro – para expandi-la na direção do que vieram a denominar como “orientação sexual”.

Quatro anos mais tarde, a mesma pesquisadora, juntamente com Per Lindström e Hans Berglund (membro do Departamento de Medicina), publica o artigo *Brain response to putative pheromones in homosexual men*. Partindo dos resultados obtidos em seu trabalho anterior, buscava comparar três grupos diferenciados – 12 “homens heterossexuais”, 12 “homens homossexuais” e 12 “mulheres heterossexuais” – no que concerne à ativação do hipotálamo em repostas aos dois compostos isolados tidos como feromônios (AND e EST) e, a partir daí, comprovar a ligação entre “orientação sexual” e processo neuronal hipotalâmico. Ao selecionar os sujeitos considerados “homossexuais” fez-se uso – além de uma entrevista em que as pessoas relatavam dimensões de suas vidas relacionadas a “fantasias”, “atração romântica” e “comportamento sexual” – da escala de graus de homossexualidade proposta pelo sexólogo Alfred Kinsey, estruturada a partir da auto-declaração¹⁵.

13 O hipotálamo é uma região do cérebro tida como responsável, entre outras funções, pelo comportamento sexual. Já os feromônios seriam hormônios implicados no processo de atração e excitação sexual. A ideia de que hormônios seriam responsáveis pela sexuação dos cérebros passa a ganhar cada vez mais peso na atual aliança entre endocrinologia e neurociência na definição dos sexos-gênero. Há toda uma literatura voltada a discussão sobre a exposição fetal a hormônios pré-natais ancorada na ideia de que eles atuam na conformação do sexo cerebral e, portanto, das futuras orientação sexual e identidade de gênero dos indivíduos. Para uma análise dessa produção biomédica, ver Nucci (2010).

14 É interessante notar que os próprios autores admitem a incerteza acerca da atuação de tais substâncias como “feromônios”, sendo que o embasamento do argumento – tanto da existência de feromônios quanto da responsabilidade do hipotálamo por codificar a ação hormonal e gerar o “comportamento e as preferências sexuais” – é construído em cima de experimentos com animais. Como colocado pelos pesquisadores em outra ocasião, “(...) although it is premature to classify AND e EST as pheromones, the data suggest that they function as chemosignals” (SAVIC, BERGLUND, LINDSTRÖM, 2005, p.7357).

O artigo faz questão de ressaltar que todos os homens do grupo “homossexual” obtiveram pontuação máxima, assim como os homens e as mulheres “heterossexuais” apresentaram pontuação mínima. É patente a tentativa de se estabelecer uma dicotomia rígida entre dois pólos opostos: os “verdadeiros homossexuais” e os “verdadeiros heterossexuais”¹⁶.

De acordo com os autores, a inalação do composto AND por homens homossexuais, assim como nas mulheres, teria ativado o hipotálamo anterior. Entretanto, “*When HoM¹⁷ smelled EST, the left amygdala and piriform cortex were primarily recruited (althoug with inclusion of a minor portion of the anterior hypothalamus)*” (idem, p.7358). Assim é interessante notar que a hipótese de que o EST (considerado como o “feromônio feminino”), quando inalado por homossexuais homens, ativaria somente a região do cérebro responsável pelo processamento de odores neutros, não foi tão exata quanto se pensava. A ponto de os pesquisadores se verem obrigados a apontar – ainda que entre parênteses, em uma estratégia que consiste em minimizar a importância do dado – a ocorrência de um acionamento também do hipotálamo anterior, região tida como central na determinação do “comportamento sexual”¹⁸. Assim, foi preciso criar uma nova hipótese (ou uma variação da hipótese anterior) que pudesse validar a diferenciação entre homens “heterossexuais” e “homossexuais”. Nas palavras dos pesquisadores:

In HoM, the EST cluster showed a local maximum in the amygdala plus piriform cortex, but encompassed a minor portion of hypothalamus. Because this portion was anterior to the EST-related cluster

of HeM, we hypothesized that the possible EST-induced hypothalamic activation in HoM differed from that in HeM (idem, p.7360)

Logo, se o feromônio feminino (EST) ativa tanto o hipotálamo do homem heterossexual quanto o do homossexual, a nova hipótese seria que ele é acionado de forma diferenciada em cada caso. Para “provar” o mais novo argumento, foi então performada uma análise post hoc de uma área cerebral mais reduzida (abrangendo somente o hipotálamo, o fórnix e a amígdala medial) e, “(...) *as expected, this difference consisted in more pronounced activation in HeM, the maximum corresponding to the location of the dorsomedial nucleus (...)*” (idem, p.7360). A explicação produzida seria, portanto, que AND e EST poderiam eventualmente se sobrepor um ao outro no todo do espaço cerebral, o que esclareceria a ativação hipotalâmica tanto do AND quanto do EST em homens homossexuais. É assim que os argumentos são transmutados sem que se necessite desestabilizar a verdade de fundo acerca da distinção originária. A retórica caminha então no sentido de um afastamento de possíveis acasos ameaçadores que poderiam fragilizar correlações hipotéticas para uma afirmação – que soa mais como uma petição de princípio – sobre uma “resposta fisiológica não-distorcida”. A justificativa que permite “costurar” os diversos dados encontrados é a seguinte:

When adding to that the improbability of chance activation by AND in HoM in the brain area very similar to that in HeW, it seems convincing that we detected an undistorted physiological response. Given the small size of the individual hypothalamic

15 A escala é baseada em questionários relacionados a práticas e comportamentos. Pauta-se em uma variação de 0 a 6 pontos, sendo que quanto mais próximo de seis maior seria a “homossexualidade”, e quanto mais próximo do zero maior a “heterossexualidade”.

16 O que é ainda mais curioso dessa utilização da escala Kinsey, é que o próprio sexólogo não coadunava com tal separação rígida e sim com uma ideia mais fluida dos graus de variação em uma escala contínua.

17 Os artigos analisados fazem uso corrente de abreviações ao se referirem às populações pesquisadas. HeW (heterossexual women), HeM (heterossexual men), HoW (homossexual women) e HoM (homossexual men), são as siglas que aparecerão frequentemente e que serão reproduzidas aqui nesse mesmo formato.

18 Em uma série de momentos os autores também realizam um trânsito direto e não problematizado entre resultados de estudos com animais e a investigação do comportamento humano. Chegam a usar exemplos de furões e ratos machos, nos quais, segundo eles, poderiam ser notados “comportamentos homossexuais” quando lesionadas regiões cerebrais como a do córtex pré-ótico.

nuclei, however, it is important to emphasize that the finding of a local maximum with atlas coordinates corresponding to the location of a specific hypothalamic nucleus does not imply that only this nucleus was activated” (idem, p.7361)

O artigo se encerra com considerações finais importantes para o que viriam a ser seus trabalhos posteriores. Uma delas é uma “confirmação” de resultados alcançados no estudo anterior com homens e mulheres heterossexuais e ratifica a ideia de que compostos tidos como feromônios também podem atuar em seres humanos; a outra, complementar à primeira, alega que a existência de respostas hipotalâmicas conectadas com circuitos cerebrais envolvidos na reprodução humana indicaria o envolvimento do hipotálamo nos processos fisiológicos relacionados à orientação sexual¹⁹. Desse modo, reforçava-se um argumento já antigo acerca do dimorfismo sexual/ cerebral entre homens e mulheres e o primado da heterossexualidade marcada pela reprodução. Todavia, agregava-se também a nova variável da “orientação sexual”, o que implicaria na construção de uma hipótese futura para os outros trabalhos: não estando ligados à reprodução, homossexuais apresentariam conexões cerebrais “sexualmente atípicas”. Porém, uma questão ainda estava em aberto, podendo comprometer possíveis generalizações acerca da “neurobiologia da homossexualidade”: a pesquisa comparara somente a homossexualidade masculina com a heterossexualidade, deixando de fora as mulheres homossexuais. Logo, no ano seguinte (2006) surgiria outra pesquisa dando origem à publicação científica *Brain response to putative pheromones in lesbian women*.

Visava-se, portanto, reaplicar a lógica “encontrada” na investigação anterior com homens para o funcionamento do cérebro de mulheres homossexuais. Desse modo, era fundamental reportar-se aos dados da última pesquisa. Esse movimento de auto-referenciação,

em que os autores reavivam resultados de outras pesquisas que desenvolveram, é extremamente revelador da maneira quase artesanal através da qual premissas se solidificam em fatos. Como apontado por Latour (2000), as afirmações necessitam da *geração seguinte*²⁰ de textos para se converterem em verdades. No caso aqui apresentado essa situação é paradigmática, pois a mesma pesquisa que demonstramos apresentar uma série de nuances e controvérsias, quando ressurgida nesse novo contexto, é delimitada à simples constatação:

This issue is further emphasized by recent findings from HoM. Like heterosexual women (HeW) but unlike HeM, HoM activated the preotic and ventromedial hypothalamic nuclei when smelling AND but the classical olfactory regions (the amygdale, the piriform cortex, and pattern of anterior insular cortex) when smelling EST (SAVIC, LINDSTRÖM, BERGLUND, 2006, p.8269).

Após a estabilização dessa primeira verdade acerca da diferença entre homens heterossexuais e homossexuais, e das semelhanças entre os últimos e mulheres heterossexuais, era necessário comprovar a hipótese explícita de que o padrão de conectividade cerebral de lésbicas diferiria daquele apresentado por mulheres heterossexuais. Para isso foram aplicados os mesmos testes e metodologias empregados na pesquisa com homens. Entretanto, mais imprevistos se colocariam no tortuoso caminho da “revelação da natureza”. Os compostos AND e EST, ao serem inalados por mulheres homossexuais, não se mostraram diferenciados. Ambos ativaram o circuito clássico de processamento de odores, ocorrendo apenas uma insignificante manifestação hipotalâmica no caso do EST.

Uma série de justificativas teria de “surgir” para validar a manutenção da hipótese central. A primeira delas seria a de que mulheres, de uma forma geral, apresentariam ativações cerebrais

19 Assim como em animais, em que – ao menos teoricamente – os mesmos circuitos relacionados à reprodução são designados para reconhecer o sexo.

20 “(...) chamarei de ‘geração’ o período necessário para a publicação de outra rodada de textos que fazem referência aos primeiros, ou seja, de dois a cinco anos” (LATOUR, idem, p.67)

menores, independente das substâncias inaladas e da orientação sexual. Homens, por sua vez, apresentariam ativações mais pronunciadas e menos demarcadas por regiões. A nova proposição daria conta de concatenar uma série de dados dispersos e antagônicos. Por exemplo, no caso das lésbicas, uma mínima ativação do hipotálamo quando da inalação do EST, já seria significativa para compará-las àquela encontrada em homens heterossexuais, dado que mulheres (ainda que homossexuais) teriam um cérebro “menos ativo”²¹. Novamente, as metáforas de gênero rondam os cérebros, sendo que as noções de “atividade” e “passividade” passam a se encrustar na própria materialidade cerebral. Paralelamente, a proposição “resolveria” o problema de o EST, quando inalado por mulheres homossexuais, ter ativado tanto as regiões de odores neutros quanto o hipotálamo. O que antes era um problema passaria a compor mais um dado purificado: a não demarcação rígida entre regiões no “cérebro lésbico” o aproximaria do heroico “cérebro masculino” (que não é passível a delimitações tão acentuadas e pode ativar mais de uma região).

Outra justificativa levantada para os inusitados “desvios” dos “feromônios rebeldes” relacionava-se à seleção dos sujeitos. Passou-se a afirmar que a população lésbica participante da pesquisa era menos homogênea que a heterossexual, pelo fato de somente nove das doze mulheres homossexuais terem pontuado com 6 (pontuação máxima) na escala Kinsey. Consequentemente, todos os testes foram refeitos apenas com essas nove mulheres. E eis que a natureza volta a se mostrar indisciplinada: todos os resultados permaneceram inalterados! Na sequência, e visando legitimar a investigação em si, inúmeras especulações justificativas vão emergindo no correr do texto, ancoradas nas mais variadas possibilidades (desde a relativa escassez de estudos neurobiológicos com lésbicas até uma “culpabilização” do EST, que mereceria ser investigado melhor). Contudo, o que de fato

importa para a presente reflexão é a estratégia retórica empregada no momento de encerrar esse artigo altamente controverso. Reproduzo o último parágrafo:

Independently of the exact pathways, the presented data demonstrate that lesbian women process the two putative pheromones AND e EST differently from HeW and in partial congruence with HeM. The data support the notion of a coupling between hypothalamic neuronal circuits e sexual preferences and encourage further evaluation of the possible neurobiology of homosexuality and human sexuality in general (idem, p.8273)

Evidencia-se, portanto, a clara intenção de filtrar os dados e produzir sentenças afirmativas que se encerrem em caixas-pretas suficientemente estabilizadas a ponto de se poder prosseguir as investigações sem mais questionamentos. Feito todo esse retrospecto, finalmente nos deparamos com o motivo impulsionador de toda essa discussão, qual seja, o artigo publicado em junho de 2008 no periódico da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, intitulado *PET and MRI show differences in cerebral asymetry and connectivity between homo- and heterosexual subjects*, e que obteve repercussão midiática internacional. Toda a divagação – acima realizada – em torno de estudos anteriores levados a cabo pelos cientistas do Instituto Karolinska, mostra-se fundamental para compreender essa pesquisa, que é fruto de um processo investigativo maior e de problemáticas já colocadas em pauta pelos outros trabalhos. O que torna esse último estudo peculiar, no entanto, é a ambição de agregar todos os resultados em uma totalidade explicativa que possibilitaria delinear em boa medida características centrais de “cérebros heterossexuais” e “cérebros homossexuais”.

Pensando em totalidades cerebrais: consolida-se a saga dos “cérebros sexuados”?

21 De acordo com os pesquisadores: “Thus, by lowering level of significance, the activated fields in HeW and lesbian women became more similar whereas the dissimilarity between lesbian women na HeW remained” (idem, p.8271-8272)

Diferentemente das outras pesquisas, a que resultou na publicação de *PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and connectivity between homo- and heterosexual subject*, baseou-se em quatro grupos populacionais (25 homens heterossexuais, 25 mulheres heterossexuais, 20 homens homossexuais e 20 mulheres homossexuais), e se propôs a realização de uma comparação mais abrangente no que concerne à dicotomia hetero-homo. Assim, é possível estabelecer uma continuidade nesse amplo programa de pesquisas, que partiu de estudos iniciais sobre o dimorfismo cerebral entre homens e mulheres, passando por duas subsequentes investigações sobre a “homossexualidade masculina” e a “homossexualidade feminina”, culminando no pretensioso estudo sobre as diferenças volumétricas e de padrões gerais de conectividade dos “cérebros heterossexuais” e “cérebros homossexuais”.

Tendo em vista o grau de polêmica que a proposta traz consigo, é digno de nota que a primeira frase do artigo já traga um ar defensivo, assumindo que uma das questões mais controvertidas da neurobiologia do comportamento humano relaciona-se aos mecanismos de orientação sexual. Contudo, tal ponderação exerce unicamente a função de construir retaguardas contra potenciais críticas, já que o esforço empregado no decorrer de todo o texto caminha justamente no sentido de “comprovar” generalizações eficazes no campo da “neurobiologia da orientação sexual”. Na sequência, os autores apresentam seus próprios resultados anteriores e o de outros neurocientistas que coadunam com a concepção de um dimorfismo cerebral e de conexões sexualmente atípicas (e opostas) em homossexuais. Embora inicialmente admitam que tais dados não poderiam provar se os mecanismos alcançados seriam inatos ou aprendidos, consideram que eles trouxeram pontos importantes para o desenvolvimento de uma neurobiologia da orientação sexual. Entre tais pontos, destacam duas questões:

One is whether the sexual dimorphism reported in the literature could be sex-atypical in homosexual subjects even with respect to factors that are not directly associated with behavior. Another is whether possible differences between homo- and heterosexual subjects could be present also in the cerebral circuits outside those strictly involved in reproduction (SAVIC, LINDSTRÖM, 2008, p.1).

Nesse excerto já se faz evidente a dimensão dos propósitos ambicionados pela pesquisa. Enquanto as primeiras investigações estavam centradas nas ativações relacionadas a regiões responsáveis pelo “comportamento sexual e reprodutivo”, esta teve como objetivo demonstrar uma diferenciação generalizada dos cérebros, implicando na ideia de uma divisão total entre “cérebros heterossexuais” e “cérebros homossexuais”. Em outras palavras – e levando em conta o que foi colocado na parte inicial desse trabalho acerca da emergência contemporânea de um “sujeito cerebral” –, o que tal pesquisa buscou foi estabelecer identidades cerebralizadas que implicariam no todo da subjetividade de homens e mulheres, hetero e homossexuais. O que está em jogo na atual investida do campo, não é nem mais a esfera da vida que se poderia denominar de “afetivo-sexual” e sim a extração de uma verdade existencial dos sujeitos em questão a partir da organicidade de seus cérebros, numa radicalização materializada do que Foucault (1988) chamou de “vontade de saber”.

Logo, foram dois os parâmetros escolhidos para medir as diferenças entre mulheres/ homens e homossexuais/ heterossexuais: a assimetria volumétrica cerebral e cerebelar, medida a partir da ressonância magnética funcional (MRI); e a conectividade funcional das amígdalas esquerda e direita, analisada pela tomografia por emissão de pósitrons (PET) durante o repouso e a inalação de ar neutro. A questão da inalação de ar neutro é fundamental no estudo pelo fato de que, distintamente das pesquisas iniciais, o que se pretendeu comprovar não se relaciona mais à área hipotalâmica e sim às áreas responsáveis pelo processamento de odores neutros. Ou seja, a hipótese colocada é que os sujeitos se diferenciam

por sexo e orientação sexual não só em termos de “excitação” e “atração sexual” como em qualquer outra atividade de seus cérebros e, portanto, de suas vidas (já que, para eles, o cérebro é a causa primeira da Pessoa). Quanto à condição de repouso, ela revela a pretensão de anular qualquer interferência da esfera relacional dos sujeitos no processo de desvendamento da “verdade” de suas “naturezas”. A escolha dos dois parâmetros se pautaria na suposição de “(...) *both unlikely to be directly affected by learned patterns and behavior, and both showing sex-dimorphic characteristics in previous studies*” (idem, p.1).

Uma gama de literatura logo é acionada para justificar a eleição dos parâmetros da volumetria e da conectividade das amígdalas esquerda e direita e, a partir dela, são reveladas as três hipóteses centrais do trabalho:

- (i) The hemispheric volumes are symmetrical in HeW but not HeM; (ii) in HeW the amygdala is functionally connected primarily with the subgenual córtex and the hypothalamus, in HeM with the sensorimotor córtex and the striatum; (iii) the side difference in hemispheric volumes, as well as the pattern of amygdala connectivity, could be sex-atypical in homosexual subjects (idem, p.2)

Curiosamente, os resultados encontrados “confirmam” todas as hipóteses estipuladas: homens heterossexuais e mulheres homossexuais teriam demonstrado assimetria no volume cerebral, sendo o lado direito mais saliente; nenhuma assimetria foi reportada em mulheres heterossexuais e homens homossexuais; mulheres heterossexuais teriam apresentado mais conexões funcionais na amígdala esquerda, enquanto em homens heterossexuais a amígdala direita teria se destacado; tanto em mulheres heterossexuais quanto em homens homossexuais as conexões teriam sido acionadas com as regiões do hipotálamo, da amígdala contralateral, do subcaloso e do cíngulo anterior; já em homens heterossexuais e mulheres homossexuais, as

unidades de conectividade cobriram as áreas do córtex sensorio-motor e do estriado. Juntos, os dados então “comprovariam”, de uma só vez, a distância entre homens e mulheres heterossexuais e a “inversão” de homens e mulheres homossexuais (através das similitudes que teriam com o sexo oposto)²².

O tom justificativo do artigo é algo difícil de passar despercebido. É notável a existência de um esforço empreendedor voltado para a construção de uma espécie de “álibi” para a pesquisa, que aparenta ser tão ou mais importante do que a própria apresentação dos resultados alcançados. Nesse sentido, os pesquisadores fazem questão de ressaltar que a seleção dos parâmetros investigados – já mencionados acima – se deu pelo fato deles se mostrarem “metodologicamente robustos”. Afirmam ainda que não existiriam indicações de que os sujeitos participantes, no momento experimental da ressonância magnética, estivessem engajados em processos cognitivos sistematicamente diferentes. Alegam, que no intuito de evitar o *bias*, buscaram – além das condições de repouso e de inalação de ar inodoro, já aludidas aqui – motivar os indivíduos a se concentrarem apenas em suas respirações e evitarem respirar profundamente. Tal “controle” das condições do “experimento”, de acordo com os cientistas, teria minimizado possíveis variações no fluxo sanguíneo cerebral. Variações essas que poderiam ser causadas pela inalação de alguma substância ou por reflexões e julgamentos espontâneos dos sujeitos.

Dessa forma, sustentam categoricamente que – a julgar pelos procedimentos executados, pela mensuração da frequência e amplitude das respirações e pelo que os pesquisados relataram sobre seus “pensamentos” durante os testes – os padrões de conectividade observados são, em suas palavras, “verdadeiras diferenças biológicas”. As indagações que me surgem a partir disso seriam: será que estaríamos diante da tentativa científica de produzir experimentalmente, através de “condições de controle”, um cérebro-

22 Mais uma vez os pesquisadores chegam a admitir que os dados também teriam revelado que a semelhança entre os cérebros de lésbicas e homens heterossexuais não se mostrou tão acentuada. No entanto, tal informação é novamente diminuída e apresentada rapidamente entre parênteses.

mente “higienizado”, “vazio” de pensamentos, sensações e percepções? Ou, ainda além, diante da tentativa de se alcançar um cérebro praticamente “sem mente”, objetivado a ponto de se poder traçar inferências positivas acerca das “naturais” e “verdadeiras” diferenças humanas que se encontraria inscritas em seu relevo, seus sulcos, suas membranas? Obviamente não pretendo oferecer respostas para tais perguntas, que extravasam o escopo propositivo dessa reflexão.

Caminhando para a apresentação de suas considerações finais, o artigo se vale ainda mais de instrumentos estratégicos na retórica do “combate” intelectual (próprios à confecção de qualquer artigo científico). Refiro-me especificamente à apropriação que é feita de outros textos na construção argumentativa. É interessante perceber a modulação que deles é realizada através do emprego das citações. No caso, outro texto neurocientífico, que atingira resultados divergentes com relação às conexões da amígdala bilateral é brevemente mencionado pelos autores. Todavia, a citação só é feita com o intuito de desautorizar a pesquisa concorrente afirmado que ela “(...) *failed to detect them in their control material, perhaps because the results were based on a mixed population of males and females*” (SAVIC, LINDSTRÖM, idem, p.4). Desse modo, compartilho da perspectiva de Latour quando afirma que:

Em vez de ligar passivamente o seu destino a outros textos, o artigo modifica ativamente o *status* destes. Dependendo dos interesses em jogo, eles pendem mais para o fato ou mais para a ficção, substituindo assim multidões de aliados duvidosos por formações bem alinhadas de partidários obedientes. Aquilo que se chama *contexto de citação* mostra-nos como um texto age sobre outros para ajustá-lo mais às suas teses (LATOURE, 2000, p.61)

De modo complementar ao ataque contra interpretações discordantes, realiza-se também uma congregação interessada de uma série

de estudos que possam, de alguma maneira, contribuir para a produção de enunciados ou – para continuar o diálogo com Bruno Latour – *modalidades positivas*²³ do tipo: “*Despite difference methodological approaches, most studies suggest that cerebral asymmetry is more pronounced in men*” (SAVIC, LINDSTRÖM, idem, p.4). Após esse artiloso afastamento do “fantasma” metodológico, as pesquisas “aliadas” vão então brotando a cada parágrafo, todas ratificando a mesma informação: homens possuem declarada assimetria cerebral, sendo o hemisfério direito maior e mais denso em sua arquitetura celular. Contudo, a ressalva acerca dos homens homossexuais (seriam eles menos homens?) necessitava ser colocada: “*These present findings from MR volumetry fit well with these observations, as well as with anecdotal reports about functional lateralization in homosexual subjects, men in particular*” (idem, p.5). Mais estudos neurocientíficos diversos sobre os cérebros de mulheres e homens homossexuais são lançados, algumas possibilidades comparativas entre os dois são mencionadas, para enfim se chegar à possibilidade mais interessante para a pesquisa, já que esta apontava para comparações hemisféricas globais: as funções dos dois hemisférios não seriam tão diferenciadas entre esses dois grupos (mulheres e homens homossexuais).

Trilhado todo esse caminho, eis que se manifesta, finalmente, toda a produtividade e o potencial criativo da *analogia* em seu importante papel no processo de construção do conhecimento científico:

The remarkable similarity between HeW and HoW in the connectivity pattern deserves special attention. The amygdala has a key role in emotional reactions to external stimuli, including stress; the subcallosum and the anterior cingulate, on the other hand, are highly involved in mediation of mood and anxiety-related processes. Affective disorders are 2-3 times more common in women than men, and the tight functional connections between the

23 “Chamaremos de modalidade positivas as sentenças que afastam o enunciado de suas condições de produção, fortalecendo-o suficientemente para tornar necessárias algumas outras conseqüências” (LATOURE, idem, p.42).

amygdala and cingulate in women is currently discussed as a possible neurobiological substrate for their higher vulnerability, in addition to the effects of estrogen and testosterone. Interestingly, the incidence of depression and suicide attempts is elevated in homosexual subjects, and HoM in particular. Although the underlying mechanisms are likely to be multifactorial and include social pressure, the presently observed similarity with HeW vis-à-vis the amygdala connectivity motivates further evaluations” (idem, p.5)

É indubitável que várias das velhas e desgastadas metáforas de gênero, há muito empregadas pelas ciências biológicas, reaparecem reavivadas nas conectividades cerebrais (que agora parecem somar-se aos tão fadados hormônios na legitimação do dimorfismo de gênero). Dentre elas a suposta vulnerabilidade e instabilidade feminina e a ligação natural de mulheres a fatores tidos como emocionais, implicando até em uma tendência maior para a loucura. Todavia, algo novo também é criado nesse momento. Como defende Nancy Leys Stepan (1994), muitas das metáforas utilizadas pela ciência não podem ser compreendidas simplesmente como aproximação de dois fatores paralelos. Partindo da idéia de “metáforas interativas”, Stepan aponta para as novas conexões antes não presentes em cada um dos termos envolvidos na analogia. Assim, a analogia científica conduz programas de pesquisa e contribui fortemente na fabricação de verdades, a partir da solidificação de associações em fatos.

É a partir desse procedimento analógico que dois pressupostos nada novos (a suposta vulnerabilidade/ sensibilidade de mulheres e de

homens homossexuais), ao serem acionados em um mesmo enunciado científico, possibilitam a emergência de um novo dado: homens homossexuais, devido a seus padrões femininos de conectividade cerebral, naturalmente tenderiam a serem depressivos e apresentarem maior incidência de tentativas de suicídio! Em outras palavras, os fatores socioculturais e históricos implicados na árdua dinâmica do fenômeno da estigmatização – que faz com que sujeitos não inteligíveis dentro da *matriz heterossexual*²⁴ sejam mortos ou “optem” por eliminar o próprio corpo inabitável – estaria deslocado para uma condição natural e inerente de fragilidade. Apesar de se aventar rapidamente sobre o caráter “multifatorial” do fenômeno e se admitir a existência do que se denominou genericamente de “pressões sociais”, acaba-se por descartar toda a luta acadêmica e política de desvelar a faceta cruel da dominação heterossexista e da heterossexualidade compulsória.

De forma um pouco distinta “funciona” a analogia que associa homens heterossexuais e mulheres homossexuais²⁵. O que o artigo rapidamente apresenta é que suas conexões mais acentuadas no córtex sensorio-motor e no estriado (regiões tidas como responsáveis pelos movimentos, pela atenção aos estímulos externos) revelariam uma tendência à agressividade e, portanto, a lutas e fugas. O curioso é que enquanto na associação entre mulheres heterossexuais e homens homossexuais vários estudos são citados e várias correlações realizadas, no caso de lésbicas e homens heterossexuais as comparações são escassas, ocupando poucas linhas desinteressadas. Ou seja, quando existe a possibilidade (ainda que questionável em seus pressupostos básicos)

24 “Uso o termo *matriz heterossexual* (...) para designar a grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados (...) o modelo discursivo/ ideológico hegemônico da inteligibilidade de gênero, o qual presume que, para os corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade” (BUTLER, 2004, p.215-216).

25 É interessante notar que nenhum momento os artigos utilizam a palavra “gay” para se referir a “homens homossexuais”, enquanto no caso da homossexualidade feminina alterna-se entre “mulheres homossexuais” e “mulheres lésbicas” - sendo que essa última categoria aparece inclusive no título de uma das produções científicas. É claro que isso poderia ser explicado pelo fato de que, em inglês, “gay” pode remeter tanto a homens quanto mulheres homossexuais e, por conta disso, a opção da não utilização refletiria a tentativa de evitar confusões terminológicas. Entretanto, pode-se cogitar também que a opção de evitar o termo “gay” poderia também ter por intuito evitar um termo mais político, que remeteria à agenda dos movimentos sociais.

de se associar mulheres a fatores tidos como masculinos, seu impacto é minimizado. Não é por menos que muitas das chamadas na imprensa ressaltavam a “feminilidade do cérebro gay” e não a “masculinidade do cérebro lésbico”. Sendo assim, cerebralização total da diferença entre masculino e feminino parece ser a premissa básica, e mesmo quando o estudo baseado em “orientação sexual” falha em demonstrar as diferenças, elas são recuperadas pela dimensão das glândulas sexuais e dos hormônios²⁶.

O clássico estudo de Laqueur (2001) aponta para a mudança de um modelo histórico de “sexo único” hierarquizado (em que o sexo feminino seria apenas uma versão incompleta do masculino) para sua futura transformação, a partir dos séculos XVIII e XIX, em uma concepção de um dimorfismo sexual intransponível, que passaria a ser encontrado por médicos e estudiosos da história natural em todos os fragmentos corporais, dos esqueletos à anatomia e a fisiologia. Posteriormente, tal dimorfismo migraria consideravelmente para os chamados hormônios sexuais e, mais atualmente, como lembra Anne Fausto-Sterling (1992; 200), para o cérebro e os genes. Mas, se Fausto-Sterling analisa a extensa discussão sobre a arquitetura do corpo caloso (região intermediária entre os dois hemisférios do cérebro) no delineamento das diferenças cerebrais, atualmente, como vimos, tais diferenças – até mesmo em decorrência da crescente hegemonia das tecnologias de visualização corporal – parecem passar menos por questões da anatomia e morfologia cerebral, e mais por conexões “típicas” e “atípicas” e “ativações” de regiões específicas, numa espécie de geografia funcional das diferenças cerebralizadas. O hipotálamo, assim como no material analisado pela autora (idem) há algumas

décadas atrás, continua mostrando-se central na retórica da cerebralidade das diferenças sexuais, porém o idioma dos fluxos de ativação ganha protagonismo frente a mensuração espacial²⁷. Parafraseando Hertz (1980) – em seu clássico texto sobre a preeminência moral hierárquica da mão direita em muitas sociedades – a “preeminência do hemisfério direito” nos homens heterossexuais mostra-se uma imagem estratégica que, ao mesmo tempo em que garante a permanência de antigas correlações entre o direito lado do masculino/ racional/ ativo e o obscuro lado esquerdo do feminino/ emocional/ passivo, também possibilita a produção de cérebros “anormais” para indivíduos não-heterossexuais. As construções do sexo, do gênero e da sexualidade se encontram agora, literalmente, “conectadas” pelo cérebro.

Referências bibliográficas

AZIZE, Rogério. “Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro” In: Revista Mana 14(1): 7-30, 2008.

AZIZE, Rogério e CARVALHO, Marcos. “Você conhece bem o seu cérebro?”: pessoa e divulgação neurocientífica. In: SANTOS, Luís e RIBEIRO, Paula (orgs.). Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande: FURG, 2011.

BEZERRA JR., Benilton. 2000. “Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade”. Cadernos IPUB, VI: 158-177.

26 Faz-se importante a ressalva de que a naturalização de comportamentos sexuais e atributos de gênero não necessariamente leva para uma posição conservadora contrário ao respeito às diferenças e a igualdade de gênero. Como já lembrava Fausto-Sterling (1992; 2000), o contrário parece ser muitas vezes é o caso. Sobre essas questões, ver Fry e Carrara (2016) e Carvalho (2019).

27 É curioso notar, no entanto, que a despeito das diferenças das pesquisas neurocientíficas realizadas em fins do século passado e as de agora – mas também continuidades, já que vários trabalhos controversos da época são trazidos pelos artigos aqui abordados de modo acrítico e estrategicamente estabilizado –, Fausto-Sterling já levantava problemas e ressalvas interessantes ainda no início dos anos 1990: “(...) human sexuality is not an either/or proposition. Nor do sex roles necessarily mirror sexual orientation. (...) The evidence suggesting the male homosexuals have feminized hypothalami is pretty puny” (1992: 249).

BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, Marcos C. Conectando emoções e gênero na produção do conhecimento (neuro)científico. In: Cadernos de Campo, vol.28, n.2, 2019.

CHAZAN, Lilian. “O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagens nas reconfigurações da pessoa moderna” In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13(1):193-214, 2003.

EHRENBERG, Alain. 2004. “Le sujet cerebral”. *Esprit*, 309:130-155.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Myths of gender: biological theories about women and men*. New York: Basic Books, 1992.

_____. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.

FRY, Peter e CARRARA, Sérgio. “Se oriente, rapaz!”: Onde ficam os antropólogos em relação a pastores, geneticistas e tantos “outros” na controvérsia sobre as causas da homossexualidade? In: *Revista De Antropologia*, 59(1), 2016.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *História da sexualidade I – a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 1988.

GOULD, Stephen J. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

HERTZ, Robert A. “A preeminência da mão direita: um estudo sobre as polaridades religiosas” In: *Revista Religião e Sociedade*, vol. 6, 1980, p. 99-128.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

NUCCI, Marina F. “O Sexo do Cérebro”: uma análise sobre gênero e ciência. In: Secretaria de Políticas para as Mulheres. (Org.). 6º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero - Redações, artigos científicos e projetos pedagógicos premiados. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010, p. 31-56.

ORTEGA, Francisco. *Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido*. In: *Physis* v.15 n.2 Rio de Janeiro, 2005.

ROHDEN, Fabíola. *Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza*. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO; Paula Sandrine (orgs.) *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

RUSSO, Jane A., PONCIANO, Edna L. T. “O Sujeito da Neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza” In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 12 (2): 345-373, 2002.

SAVIC, Ivanka, LINDSTRÖM, Per. PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. 2008. In: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0801566105

SAVIC, Ivanka, BERGLUND, Hans, LINDSTRÖM, Per. Brain response to putative pheromones in homosexual men. 2005 In: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0407998102

_____. Brain response to putative

pheromones in lesbian women. 2006. In: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0600331103

STEPAN, Nancy Leys. “Raça e gênero – o papel da analogia na ciência” In: *Tendências e Impasses - O Feminismo como Crítica da Cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p.72-96.

VENTURI, Camilo. *Entre crânio analógicos e imagens digitais – alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuro-imageamento*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, UERJ, 2007.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista “Teoria e Cultura” do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora é uma publicação semestral dedicada a divulgar trabalhos que versem sobre temas e resultados de pesquisas de interesse para a Sociologia, a Antropologia e a Ciência Política. Esta revista está aberta para receber artigos, ensaios, resenhas, verbetes, conforme as suas Diretrizes para Autores.

O material pode ser enviado para o e-mail teoriaecultura@gmail.com

DIRETRIZES PARA AUTORES

O MANUSCRITO DEVE SER PREPARADO COMO SEGUE:

Tipografia: O manuscrito deve ser preparado com espaçamento entre linhas simples, fonte Times New Roman ou Arial tamanho 12, paginado com margens de 3 cm à esquerda e superior e a 2cm à direita e inferior, em papel A4.

Citações: as citações diretas deverão utilizar a mesma fonte em tamanho 10, e as notas devem apresentar o mesmo tipo de letra, no tamanho 9. Não utilizar fontes nem tamanhos distintos no texto. Caso pretenda destacar alguma palavra ou parágrafo, utilize a mesma fonte em cursiva (itálico).

Título e dados do autor ou autores: O título do trabalho deverá ser redigido em negrito e com a inicial em letras maiúsculas. O nome do autor ou autores seguirá logo abaixo, indicando a instituição de origem (universidade, departamento, empresa, etc.), a especialidade e o correio eletrônico para contato. Pode se inserir dados biográficos adicionais em uma nota desde que esta não ultrapasse 60 palavras.

Resumo: O artigo deve vir acompanhado de um resumo no idioma em que está escrito (150 – 250 palavras) e sua tradução em língua estrangeira (resumo e título). Caso o artigo esteja em português, as línguas contempladas nas traduções do resumo devem ser (obrigatoriamente) o inglês e o espanhol ou, alternativamente, o francês. Se o artigo estiver em inglês utilizar-se-á, além do resumo neste idioma, as suas respectivas traduções para (obrigatoriamente) o português e (alternativamente) o espanhol ou o francês. Mas, caso o texto esteja originalmente redigido em espanhol, a tradução do resumo para o 2º e 3º idioma deverá necessariamente recorrer ao

uso do português e do inglês.

Palavras-chave: o texto deve conter entre 3 e 5 palavras-chave assim como Keywords e Palabras-clave (Motsclés), sobre o tema principal, sempre separadas, por ponto.

Texto: o texto deve possuir uma extensão entre 5.000 e 9.000 palavras para artigos e de 3.000 a 5.000 tanto para opiniões, pensatas e ensaios como para notas de investigação; e de 2.000 a 3.000 para resenhas de livros e obras acadêmicas.

Idiomas: o trabalho deve vir acompanhado de título na língua vernácula e em inglês, dados biográficos do(s) autor(es) (e que não ultrapassem 60 palavras), resumo na língua vernácula e em língua estrangeira (150 a 250 palavras), as divisões internas que se julguem necessárias (geralmente, introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, conclusão), agradecimentos (se pertinente) e referências. Para os artigos escritos em inglês ou espanhol deve ser enviado necessariamente um resumo em português, assim como o título; palavras-chave (entre três a cinco, separadas por ponto) nas duas línguas dos resumos.

Ilustrações: as ilustrações (quadros, gráficos, esquemas, fluxogramas, organogramas, gravuras, fotogra as e outros) e tabelas deverão ser inseridas no texto. Todos devem possuir legendas – título e fonte. As tabelas devem seguir as Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Pode se utilizar imagens coloridas, embora se deva avaliar a possibilidade de utilizá-la em formato papel, em branco e preto para que que legível no caso da edição impressa.

Abreviações e acrônimos: Deverão ser de nidos claramente no seu primeiro uso no texto.

Citações e Referências: as referências, assim como as citações, no corpo do texto, devem seguir as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023:2002 e NBR 10520:2002.

Notas: as notas explicativas devem ser utilizadas somente se forem indispensáveis, e deverão vir sempre como notas de rodapé, utilizando o mesmo tipo de letra deste (Times New Roman ou Arial) no tamanho 9.

GUIDELINES FOR AUTHORS

THE ARTICLE MUST BE PREPARED THIS WAY:

Typography: The article or another contribution must be prepared with simple space between the lines, Times New Roman or Arial font, 12. The borders or edges of the pages must be as follows: 3 centimeters to the left and superior (above) and 2 centimeters to the right and inferior (below).

Citations: The direct citations have to use the same font, but in another size. In this case, the correct size to use is 10. Don't use different fonts or distinctive sizes in the text. If necessary to put any highlighted part in the text, use the same font in italic.

Title and author's data: The title of the work must be written in bold and the initial letter in capital form. The author's name or the authors' names must be put below of the title, showing the author's institution (university, department or similar), the formation, mainly the specialty, as well as the e-mail to contact. It can be inserted additional biographic data in a brief note, since that don't exceed 60 words.

Abstract: The article must be accompanied of the abstract in the language that it was written (150-250 words) and its translation for a foreign language (abstract and title). If the article is in Portuguese, the abstract need to be in the same language. Moreover, the abstract must be translated to the English and Spanish and alternatively for the French. If the article is in English, the abstract need to be in the same language and mandatorily is necessary to translate it for the Portuguese and, in alternative cases, to the French or Spanish. Finally, if the text is in Spanish, the translation of the abstract has to be in English and Portuguese.

Keyword: The text must contain between 3 and 5 keywords about the main theme, always separated, like "Palavras-Chave", "Palabras clave", "Keywords" and "Mots-clés" by (ponto final).

Text: The text must have between 5.000 and 9.000 words to articles and 3.000 – 5.000 words to commentaries, essays, investigations notes and similar productions. Finally, book reviews and academic productions can have between 2.000 words and 3000 words.

Languages: The academic production must be followed of the title in the original language, author's biographic data (limited to the 60 words), abstract

in the original language and its respective translations (150-250 words), as well as the internal division that the author understands to be necessary (usually introduction, theoretical supports, methodology, results, discussion, conclusion, agradecimentos, if pertinent and references). To the articles written in English or Spanish must be sent an abstract in Portuguese for us, as well as title and keywords and, additionally these parts translated in two other languages.

Illustrations: The illustrations and tables must be inserted on the text. All these elements need to have subtitles, titles and fonts. The table must follow the "Tabular Presentation Rules of the IBGE. Can be used colored images, although the necessity to consider the readability to use them in paper format, in black and white.

Abbreviations and Acronyms: These should be clearly defined in its first use in the text.

Citations and References: as well as citations in the text, must follow the guidelines of the Brazilian Association of Technical Standards NBR 6023:2002 and 10520:2002.

Notes: The notes should be used only if necessary, and should always come as footnotes, using the same font (Times New Roman or Arial) in size 9.