Saúde, mediação e mediadores

ORG. Carla Costa Teixeira, Carlos Guilherme do Valle e Rita de Cássia Neves

ABA PUBLICAÇÕES

edufrn

Mediadores e Mediações no campo da Saúde

Saúde, Mediações e Mediadores é uma publicação tecida entre os dedos de docentes e discentes em Programas de Pós-Graduação em Antropologia Social, sob a liderança de duas respeitáveis universidades públicas: a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade de Brasília (UnB) a partir do intercâmbio que comporta ações transversais pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD).

Os/as organizadores/as da obra reuniram uma plêiade de antropólogos/as que juntos/as formulam cada capítulo do livro orientando as discussões sobre a pesada ação do Estado. Os textos aqui publicados mostram como, via política públicas para saúde, o Estado busca reduzir os/as profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção à saúde, a executores/as de normas pré-estabelecidas, impedindo a plena consecução dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e das práticas que deveriam ser diversificadas para melhor atender as demandas e humanizar o campo da saúde.

É interessante observar, a partir da leitura que a problematização da ação de atores sociais no processo de mediação entre mundos diversos importa em "interpretações" conflituosas que, não necessariamente, contemplam os interesses da pessoa atendida, especialmente porque sua condição de usuário/a, não se faz respeitada, seja a que grupo social pertença.

Os trabalhos são cuidadosamente dispostos em capítulos, em que os/as autores/as criam, atendendo aos cânones antropológicos, possibilidades de compreensão do mundo dos/as interlocutores/as devidamente contextualizadas. Os cenários abordados vão desde as aldeias do Brasil indígena até as grandes cidades, configurando-se em múltiplos espaços, nos quais as relações analisadas se estabelecem. Isto é feito sem descuidar da movimentação social que força mudanças e alcança o judiciário produzindo disputas entre os poderes estatais, visto que algumas das muitas "inconsistências" das políticas públicas são alteradas por força dos movimentos sociais e das decisões judiciais.

A obra vem ampliar os horizontes das Edições da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e a nós dirigentes cabe agradecer aos/as colegas que generosamente partilham conosco a oferta de boas reflexões no campo da saúde em tempos temerários e de intermináveis disputas pela manutenção da ciência no Brasil.

Jane Felipe Beltrão e Antonio Carlos de Souza Lima (gestão 2015/2016)

O convite que me foi formulado por Carla Teixeira, Carlos Guilherme Valle e Rita de Cássia Neves para fazer o texto de abertura do livro Saúde, Mediação e Mediadores mostrou-se um prazer, mas também um grande desafio: o de buscar algo original a dizer na antessala de uma obra inovadora.

Os organizadores tiveram grande sucesso em reunir um conjunto de autores que não só revisitam a temática da mediação, um tanto esquecida na última década, mas também por fazerem-no através de um amplo e consistente conjunto de marcos teóricos, o que resultou em novas e criativas formas de abordá-la. A obra traz à luz novas e inesperadas nuances de expressão da mediação e de seus agentes, não apenas num sentido genérico, mas com inflexão particular no campo da saúde.

A leitura dos capítulos evidencia múltiplos modos como os sujeitos exercitam o poder político que informa processos e práticas de mediação, perpassando tanto as dimensões institucionalizadas da existência, quanto os espaços mais recônditos da vida privada, como a reprodução e a sexualidade, além da vivência, intransferível e não partilhável, de ser acometido por um agravo crônico que altera indelevelmente seu modo de viver. A larga medida de eventos e situações que, embora pessoais, transcorrem "na rua" reitera o caráter relacional entre o público e o privado, o geral e o particular que caracterizam a obra, reforçando o caráter polissêmico e multicêntrico das mediações e seus sujeitos.

O conjunto dos trabalhos que compõem esta obra reitera o esforço do antropólogo em atribuir sentido às visões de mundo das pessoas que estuda, levando em conta os contextos, os interesses e as motivações ordinárias e extraordinárias, sem desconsiderar seu caráter essencialmente relacional e a fluidez que caracterizam as relações sociais no mundo contemporâneo.

Luiza Garnelo
Instituto Leônidas & Maria Deane
Fiocruz Amazônia

EXPEDIENTE UFRN

Reitora

Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitor

José Daniel Diniz Melo

Diretoria Administrativa da EDUFRN

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Diretor)

Wilson Fernandes de Araújo Filho (Diretor Adjunto)

Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)

Conselho Editorial

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)

Alexandre Reche e Silva

Amanda Duarte Gondim

Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra

Anna Cecília Queiroz de Medeiros

Anna Emanuella Nelson dos Santos Cavalcanti da Rocha

Arrilton Araujo de Souza

Cândida de Souza

Carolina Todesco

Christianne Medeiros Cavalcante

Daniel Nelson Maciel

Eduardo Jose Sande e Oliveira dos Santos Souza

Euzébia Maria de Pontes Targino Muniz

Francisco Dutra de Macedo Filho

Francisco Welson Lima da Silva

Francisco Wildson Confessor

Gilberto Corso

Glória Regina de Góis Monteiro

Heather Dea Jennings

Izabel Augusta Hazin Pires

Jorge Tarcísio da Rocha Falcão

Julliane Tamara Araújo de Melo

Kamyla Alvares Pinto

Katia Aily Franco de Camargo

Luciene da Silva Santos

Magnólia Fernandes Florêncio

Márcia Maria de Cruz Castro

Márcio Zikan Cardoso

Marcos Aurelio Felipe

Maria de Jesus Goncalves

Maria Jalila Vieira de Figueiredo Leite

Marta Maria de Araújo

Mauricio Roberto C. de Macedo

Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento

Paulo Roberto Medeiros de Azevedo

Richardson Naves Leão

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Samuel Anderson de Oliveira Lima

Sebastião Faustino Pereira Filho

Sérgio Ricardo Fernandes de Araújo

Sibele Berenice Castella Pergher

Tarciso André Ferreira Velho

Tercia Maria Souza de Moura Marques

Tiago Rocha Pinto

Wilson Fernandes de Araújo Filho

Editoração

Kamyla Álvares (Editora)

Natália Melo (Colaboradora)

Vitória Belo (Colaboradora)

Revisão

Márcio Simões

Design Editorial

Victor Hugo Rocha Silva (Miolo e Capa)

Saúde, mediação e mediadores

ORG. Carla Costa Teixeira, Carlos Guilherme do Valle e Rita de Cássia Neves

EXPEDIENTE ABA

Diretoria Gestão 2017/2018:

Lia Zanotta Machado (UnB) – Presidente

Antonio Carlos Motta de Lima (UFPE) - Vice-Presidente

Cristhian Teófilo da Silva (CEPPAC/UnB) – Secretário

Eliane Cantarino O'Dwyer (UFF) - Secretária Adjunta

Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos (DAN/UnB) – Tesoureiro

Rozeli Maria Porto (UFRN) - Tesoureira Adjunta

Claudia Turra Magni (UFPEL) – Diretora

Fabio Mura (UFPB) – Diretor

Lorenzo Macagno (UFPR) -Diretor

Regina Facchini (Unicamp) - Diretora

Comissão de Projeto Editorial

Coordenador: Antônio Carlos Motta de Lima (UFPE)

Vice Coordenadora: Jane Felipe Beltrão (UFPA)

Cornelia Eckert (UFRGS)

Laura Moutinho (USP)

Conselho Editorial:

Alicia Norma González de Castells (UFSC)

Andrea L. M. Zhouri (UFMG)

Antônio Augusto Arantes Neto (UNICAMP)

Antônio Hilário Aguilera Urquiza (UFMS)

Camilo Albuquerque de Braz (UFG)

Carlos Alberto Caroso Soares (UFBA)

Carlos Guilherme Octaviano do Valle (UFRN)

Carmen Lúcia Silva Lima (UFPI)

Carmen Silvia Rial (UFSC)

Cláudia Turra Magni (UFPEL)

Laura Graziela F. de F. Gomes (UFF)

Lea Carvalho Rodrigues (UFCE)

Levi Marques Pereira (UFGD)

Manuela Souza Siqueira Cordeiro (UFRR)

Maria Eunice de Souza Maciel (UFGS)

Maria Filomena Gregori (UNICAMP)

Mônica Lourdes Franch Gutiérrez (UFPB)

Patrícia Maria Melo Sampaio (UFAM)

Patrícia Silva Osorio (UFMT)

Renata de Castro Menezes (UFRJ)

Soraya Fleischer (UnB)

Wilson Trajano Filho (UnB)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Saúde, mediações e mediadores / organizado por Carla Costa Teixeira, Carlos Guilherme do Valle & Rita de Cássia Neves. — Brasília: ABA Publicações ; Natal: EDUFRN,2017.
460 p.

Bibliografia
ISBN 978-85-87942-51-7

1. Antropologia 2. Etnologia 3. Saúde - Mediação 4. Política pública 5. Serviços de saúde - Mediadores (Pessoas) I. Teixeira, Carla Costa II. Valle, Carlos Guilherme do III. Neves, Rita de Cássia

17-1945 CDD 301

Índices para catálogo sistemático:

1. Antropologia

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea reúne artigos de antropólogos vinculados, sobretudo, aos Programas de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e da Universidade de Brasília (UnB). Trata-se de um dos resultados obtidos do projeto de intercâmbio Casadinho/Procad (edital n.6/2011, CNPq/Capes), coordenado pelas professoras Julie Cavignac e Juliana Melo, intitulado "Conhecimentos tradicionais, direitos e novas tecnologias: interfaces da Antropologia contemporânea", financiado durante os anos de 2012 a 2016 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Em relação à produção objetiva do intercâmbio entre os dois programas de pós-graduação, o projeto gerou missões de ensino e pesquisa, disciplinas oferecidas por docentes, participações em bancas examinadoras e eventos acadêmicos que foram organizados pelos dois programas, tal como a Semana de Antropologia da UFRN. Foi, aliás, exatamente durante a 12ª Semana de Antropologia, organizada no ano de 2013, que os três professores organizadores da presente coletânea, depois de apresentarem suas pesquisas na mesa-redonda "Povos indígenas, direitos e políticas públicas", tiveram a ideia de um evento acadêmico voltado exclusivamente para saúde e mediação. A partir desta ocasião, conversamos com outros professores da UFRN e da UnB, igualmente participantes do Procad, que pudessem participar de uma atividade conjunta, tais como as professoras Soraya Fleischer e Rozeli Porto, ambas com interesse de pesquisa em saúde. Em abril

de 2014, professores e alunos do PPGAS/UFRN e PPGAS/UnB apresentaram trabalhos de pesquisa, ainda em fase inicial de elaboração, no Seminário "Antropologia e mediadores no campo das políticas de saúde", que foi conduzido em Brasília, na UnB, sob coordenação de Soraya Fleischer, Carla Teixeira e professores do curso de saúde coletiva da Faculdade de Ceilândia (UnB), com o apoio institucional do PPGAS/UFRN e do PPGAS/UnB. O seminário foi momento ímpar de encontro, diálogo e discussão entre docentes e estudantes, que puderam assistir e apresentar trabalhos em três mesas-redondas e diversos grupos de trabalhos, em que graduandos e pós-graduandos tiveram a oportunidade de mostrar o andamento de suas pesquisas. Contamos ainda mais com a participação especial da professora Claudia Lee Williams Fonseca, da UFRGS, que nos brindou com a conferência de abertura do evento: "Atingidos de hanseníase: pleiteando direitos, negociando narrativas"[1].

A composição plural do evento supracitado foi um passo decisivo para ampliar, ainda mais, a proposta de intercâmbio interinstitucional, oportunizada pelo projeto Casadinho/Procad. Isso se traduziu no seminário e, por consequência, tal como veremos, neste livro. Situado na interface entre Antropologia da Saúde, Antropologia do Estado e da Política, o evento teve como principal objetivo pensar os diferentes agentes e/ou atores que estão no desenho, execução e vivência das políticas de saúde. Como esses agentes se relacionam às políticas de saúde que vêm sendo implementadas? Atuam como mediadores entre saberes, práticas e instituições diversas? O que pode se configurar como "mediação" no campo da saúde e de suas políticas? Como saúde e mediação podem estar vinculadas à esfera da justiça, da sexualidade e, em geral, da vida privada?

---

1 As três mesas-redondas foram: 1) "Saúde indígena e políticas públicas"; 2) "Saúde sexual e reprodutiva nas políticas públicas"; 3) "Relação de longa duração com serviços de saúde".

Nesta obra, estamos trazendo, assim, resultados de pesquisas acadêmicas e científicas que foram desenvolvidas por autores aqui reunidos, que se voltaram ao tratamento da saúde em termos de processos e práticas de mediação que envolveram especialmente agentes específicos, enquanto seus "mediadores". Em termos da literatura antropológica, a temática da mediação emerge na metade do século XX, em contextos que envolviam, sobretudo, processos históricos de transformação social que acometiam o mundo rural ou colonial. Contudo, a discussão que envolvia esses processos históricos, quando trazia à tona o tema da saúde, era subordinada frente a outras questões mais gerais, aparecendo mais como elemento descritivo da transformação social. Por exemplo, fazia referência ao médico como um agente associado a relações de patronagem e clientelismo, tal como o proprietário rural, os agentes religiosos ou políticos. Não se atentava, porém, a fazer uma etnografia mais específica, aprofundada e sistemática das práticas de saúde em termos da administração pública e das políticas governamentais, voltadas a grupos e populações em particular, considerados como focos de atenção, suporte e "direito". Nos textos aqui reunidos, temos diversos ângulos teóricos e perspectivas metodológicas para se entender as questões sociais e culturais que envolvem saúde e mediação, inclusive questionando entendermos os mediadores e a mediação de modo único, restrito, homogêneo e reificado. As situações e contextos, que aqui estão sendo apresentados nos capítulos, podem estabilizar ou desestabilizar até mesmo uma ideia muito fechada de mediação.

O livro está organizado em três partes que dialogam entre si a partir dos diferentes sentidos de mediação. Na primeira parte, os textos tratam de mediadores que se encontram em polos claramente definidos. Com essa linha estabelecida, os textos dessa parte articulam questões relacionadas ao ativismo biossocial, de justiça e acusações morais; transnacionalidade, políticas de estado e mediações simbólicas; deficiência, cuidado e serviços sexuais; biopoder e construção de corpos. Na segunda

parte, há uma ênfase e questionamento do papel do mediador, que se encontra em situação de ambiguidade, gerando múltiplas funções em seu campo de ação. As múltiplas funções dos mediadores como agentes de saúde; o lugar da fala e os saberes disputados; práticas e comunidades terapêuticas; mulheres e os agentes mediadores formais e informais são os temas dessa parte. Na terceira e última parte do livro, a mediação é tratada a partir da noção de diálogo e conflito em campos distintos. Os textos tratam dos dilemas de interculturalidade e de metacomunicação em contextos de saúde indígena; da criminalização da infecção do HIV, em relação à esfera da imprensa e de casais sorodiscordantes; além da atuação do antropólogo como mediador em relação à loucura e saúde mental.

Se o ponto de partida para esta coletânea foi o seminário, como apresentado anteriormente, nos anos que separam o evento de sua atual publicação diálogos novos surgiram e outros não lograram, por razões diversas, ser aqui incorporados. Desse modo, além de trabalhos de docentes dos dois programas com intercâmbio Casadinho/Procad (Carla Costa Teixeira, Carlos Guilherme do Valle, Rita Neves, Rozeli Porto), estão incluídos na coletânea capítulos de docentes e pesquisadores em Antropologia e Ciências Sociais ligados a outros programas e instituições de ensino superior que também fizeram parte do Seminário *Saúde e Mediadores*: Rosamaria Carneiro (UnB), Silvia Guimarães (UnB), Rosa Virginia Melo (PNPD/UFPB), Mónica Franch (UFPB) e Marcos Antonio Pellegrini (UFRR). Em um momento ulterior da consolidação do projeto desta coletânea, mais outros quatro pesquisadores aceitaram juntar-se a nós durante a produção do livro, demonstrando pronta disposição em escrever textos originais para integrar essa empreitada: Carolina Branco Ferreira (Unicamp); Diogo Neves Pereira (UFVJM/Campus Diamantina) – com capítulo em coautoria com Carla Costa Teixeira; Cristina Dias da Silva (UFJF) e Lilian Leite Chaves (PNPD/UFRN).

Em uma leitura inspiradora, Luiza Garnelo (Fiocruz/Amazônia), responsável pelo texto de abertura, trouxe um olhar transversal enriquecedor às abordagens reunidas nestas páginas que somente sua larga experiência como pesquisadora da Antropologia da Saúde poderia proporcionar. A essa parceira e interlocutora de longa data agradecemos o tempo e o entusiasmo com que aceitou nosso convite. Tê-la nessa publicação muito nos honrou como organizadores.

Não poderíamos, porém, deixar de mencionar os colegas que lá estiveram nas mesas-redondas e que contribuíram para a reflexão em torno das múltiplas formas e sentidos que mediação e mediadores podem assumir nas práticas do cuidado e na reivindicação de direitos no campo das políticas de saúde. Registramos nossos sinceros agradecimentos a Soraya Fleischer (UnB), Pedro Nascimento (UFPB), Ximena Pamela Díaz Bermúdez (Saúde Coletiva/UnB), Antonio Cyrino (UNESP/Botucatu). À Cláudia Fonseca (UFRGS) somos muito gratos não só por sua conferência de abertura, mas também por suas pertinentes observações sobre os trabalhos apresentados ao longo do seminário. Fica também nosso obrigado aos participantes dos seis grupos de trabalho que se reuniram ao longo do seminário. Para finalizar, gostaríamos de agradecer o apoio financeiro e institucional dado pelo CNPq e pela Capes para realização dos eventos do intercâmbio Casadinho/Procad na UFRN e na UnB, além de dar suporte à elaboração desta coletânea.

Carla Costa Teixeira
Carlos Guilherme do Valle
Rita de Cássia Neves

AS MIL E UMA FACES DA MEDIAÇÃO NAS POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE

O convite que me foi formulado por Carla Teixeira, Carlos Guilherme Valle e Rita de Cássia Neves para fazer o texto de abertura do livro *Saúde, Mediação e Mediadores* mostrou-se um prazer, mas também um grande desafio: o de buscar algo original a dizer na antessala de uma obra inovadora.

Os organizadores tiveram grande sucesso em reunir um conjunto de autores que não só revisitam a temática da mediação, um tanto esquecida na última década, mas também por fazerem-no através de um amplo e consistente conjunto de marcos teóricos, o que resultou em novas e criativas formas de abordá-la. A obra traz à luz novas e inesperadas nuances de expressão da mediação e de seus agentes, não apenas num sentido genérico, mas com inflexão particular no campo da saúde.

Em total desrespeito à lógica de organização dos capítulos me apegarei às perguntas que os organizadores formulam em sua apresentação, explorando interações mediadoras nas políticas e práticas de saúde, seja focando nos modos como os poderes do Estado acionam seu aparato sanitário, seja como as pessoas desenvolvem dimensões próprias do cuidado em suas vidas cotidianas.

A leitura dos capítulos evidencia múltiplos modos como os sujeitos exercitam o poder político que informa processos e práticas de mediação, perpassando tanto as dimensões institucionalizadas da existência, quanto os espaços mais recônditos

da vida privada, como a reprodução e a sexualidade, além da vivência, intransferível e não partilhável, de ser acometido por um agravo crônico que altera indelevelmente seu modo de viver. A larga medida de eventos e situações que, embora pessoais, transcorrem "na rua" reitera o caráter relacional entre o público e o privado, o geral e o particular que caracterizam a obra, reforçando o caráter polissêmico e multicêntrico das mediações e seus sujeitos.

É vivo o interesse pelos próprios mediadores, caracterizados por Carlos Guilherme do Valle, um dos organizadores do livro, como sujeitos que transitam em nós críticos de malhas sociais, locais e globais. Tais personagens formam um amplo leque que abrange líderes políticos (indígenas e não indígenas), profissionais de saúde, parturientes, portadores de patologias de longa duração e outros, que têm em comum o engajamento na luta por direitos de cidadania e de acesso aos cuidados – longitudinais, na maioria dos casos – com a saúde. Também a mídia recebe destaque, apresentada como um conjunto de sujeitos políticos humanos, mas fortemente munidos de recursos tecnológicos, que exercem importante protagonismo na produção de realidades sociais, exercendo, não raro, papel crucial na definição de agendas políticas – sanitárias ou não – mas que também, em plena contemporaneidade, atuam como algozes capazes de estigmatizar e até mesmo induzir a criminalização de portadores de HIV e outros agravos crônicos, reeditando práticas do medievo.

Além disso, novos olhares são adicionados ao crescente campo da Antropologia das Instituições, analisado aqui pelo ângulo das mediações. Do conjunto das análises empreendidas ao longo do livro, pode-se concluir que apesar do propalado discurso da participação que caracteriza as políticas públicas de saúde no Brasil, as práticas que emergem com nitidez das etnografias são de tipo *top-down*, deixando pouco ou nenhum espaço para as decisões horizontais interpares. Os modos

assimétricos de atuar do SUS e seus agentes não se limitam à interação com os indígenas e outros membros da sociedade civil, mas também alcançam os profissionais de saúde, reduzidos ao papel de meros executores de ações preestabelecidas e a quem é negada qualquer ação inovativa e transformadora.

São condições de exercício de poder que tornam ainda mais relevante a ênfase atribuída por Carlos Guilherme do Valle ao caráter dinâmico da mediação. Entendida por ele como um conjunto de relações de comunicação e de trocas de saberes e significados entre pessoas, grupos e agentes institucionais, a mediação promove trocas, interações e o reposicionamento político dos seus agentes em espaços e contextos específicos de seu interesse. Trata-se, portanto, de uma alternativa de ação com potencialidade para propiciar o rompimento das circunscrições instituídas pelo poder hegemônico.

Não há que desconsiderar o caráter ambíguo e polissêmico da mediação. É exatamente o que faz Rita de Cássia Neves, também organizadora, que aponta o caráter dual das práticas mediadoras, capazes de reforçar e legitimar o *status quo*, mas também de subvertê-lo. A autora entende que essa interpretação lhe abre uma chave para questionar interpretações convencionais que entendem o mediador como "puro intérprete entre dois mundos" e enfatizar a atuação transgressora dos sujeitos que investiga no âmbito da saúde indígena.

Diversas categorias analíticas emergem do volume, dentre as quais destacamos uma vertente de mediação estruturada em torno das relações de poder e autoridade exercidas pelo Estado nacional brasileiro sobre minorias étnicas e grupos populacionais específicos, como portadores de doenças crônicas, que instiga os mediadores a tecer e negociar suas redes de sentidos nos espaços *peri* e *trans* institucionais. Assim se desnuda um dos dilemas subjacentes às políticas de saúde no Brasil, encravadas entre o direito de cidadania fundado na igualdade universal e o direito de coletividades diferenciadas, quer sejam

as minorias étnicas, os portadores de agravos crônicos ou outros, que demandam direitos sanitários específicos.

No que diz respeito aos povos indígenas, suas interações com o Sistema Único de Saúde (SUS), e em particular com o subsistema de saúde indígena, tanto passam pelas formas de organização do cuidado – moldado pelo biopoder e sombreado pela tutela historicamente exercida na política indigenista – quando pelas formas de participação social, também chamadas de controle social, exercido nos conselhos de saúde. Em tais espaços, cenários prioritários da atuação de mediadores, os indígenas são chamados a participar de decisões em políticas locais de saúde, mas em termos prévia e estritamente definidos pelos agentes do Estado, que obscurecem a limitada extensão de poder de decisão que de fato lhes é outorgado.

Nós críticos nas interações entre autoridades sanitárias e agentes políticos nativos são analisados por Pellegrini (Capítulo 10), que explora as ambiguidades que se instauram no conselho de saúde do Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em Roraima, onde os agentes do Estado evitam a partilha de poder e de tomada de decisão pela desqualificação das falas indígenas, convertidas em "problemas de comunicação", quando discordam do roteiro oficial. Do ponto de vista da etnopolítica Yanomami, participar significa reafirmar a identidade política dos sujeitos discursivos em disputa, demonstrando domínio da história local do sistema de saúde – desconhecida pelos "brancos" – mediante o qual forçam o rompimento dos limites instituídos pela burocracia estatal e redefinem o lugar do discurso autorizado em favor dos posicionamentos indígenas.

A vacuidade de premissas como a interculturalidade, um dos arcabouços conceituais da Política Nacional de Saúde Indígena, não passa desapercebida a Rita de Cássia Neves. No Capítulo 9, ela descreve com acurácia modos como as lideranças Xukuru exercem a interculturalidade em seus próprios termos, acionando dispositivos de poder que ultrapassam os limites

do chamado controle social e instituindo hierarquias nativas que disciplinam as interações com o mundo não indígena, aí incluídas a mediação feita pelos agentes indígenas de saúde, subvertendo sua habitual escalação para a tarefa.

A etnografia de serviços de atenção primária à saúde também é profícua em apreender modos indígenas de instituir diferenciações e estabelecer hierarquias profissionais entre os agentes, especializados e não especializados do cuidado, em contraponto aos procedimentos técnicos que se exercem sobre as manifestações corporais de condições crônicas como o diabetes. São condutas que não apenas tratam a doença da mulher Xavante por ela acometida, mas promovem também a incorporação de valores e comportamentos que ordenam e redefinem os modos de vida indígena, instaurando múltiplos processos de diferenciação entre ela e seu grupo de parentes. Neste labor, Silvia Guimarães flagra, no Capítulo 4, o exercício do biopoder, que incide com força não apenas sobre o portador da patologia crônica, mas também sobre seus pares, os profissionais de saúde que atuam no Distrito Sanitário, que relutam – ou são incapazes de fazê-lo – em mediar os cuidados exercidos no mundo da aldeia e as prescrições dos especialistas, sediados na cidade distante.

No Capítulo 6, Cristina Dias da Silva se ocupa em analisar, no contexto de relações interétnicas nas terras Munduruku, práticas de mediação atribuídas aos agentes indígenas de saúde tanto pelos profissionais de saúde que atuam nos DSEI quanto por seus grupos de parentes. A autora desconstrói boa parte das premissas que têm orientado a literatura sobre o agente indígena de saúde, demonstrando que mais importante que interrogar se o agente de saúde efetiva a proposta de articulação que lhe é atribuída na letra da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é entender a natureza da mediação exercida por ele. Para Dias, o agente indígena de saúde atua como um *terceiro* entre dois polos em disputa, numa mediação

que se caracteriza como produtora permanente de diferenças. Na condição *Tertius Gaudens* – categoria que ela toma de Simmel – a práxis do agente é simultaneamente comprometida com as demandas biomédicas que ele é instado por seus parentes a responder, em contradição com as interdições que os profissionais de saúde interpõem à sua atuação neste campo, face ao caráter não formalizado do conhecimento que detêm.

Do ponto de vista dos profissionais de enfermagem – aqueles com maior presença no cotidiano do DSEI estudado e que não reconhecem a diversidade cultural como objeto de trabalho –, o que se demanda do agente de saúde não é que atue mediando práticas biomédicas e cuidados tradicionais e sim que se comporte como um aprendiz que possa auxiliar, desde que devidamente supervisionado, na realização das tarefas reconhecidas e valorizadas pelos enfermeiros, que são os programas de saúde (estritamente biomédicos) preconizados pela autoridade sanitária.

Mediações de ordem diversa são exercidas sobre (e pelas) agentes comunitárias de saúde (ACS) investigadas por Carla Costa Teixeira, que também responde pela organização do livro, e Diogo Neves Pereira. O acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelas ACS evidencia o caráter opressivo dos processos de trabalho que subalternizam cotidianamente essas profissionais da atenção primária à saúde e desvenda modos como elas reinterpretam as ferramentas de gestão da informação da burocracia estatal e como reconstroem e personalizam suas tarefas. Tal abordagem se situa no âmbito do que foi chamado, no campo da saúde coletiva brasileira, de *cartografia do trabalho vivo*, ou seja, os modos como os trabalhadores recuperam uma autonomia relativa ao reconfigurar cotidianamente o trabalho prescrito pela autoridade sanitária. A customização da informação sobre o trabalho realizado ganha destaque, porque o registro também é um modo de classificar

e enquadrar pessoas e famílias em certos nichos de controle e vigilância que reforçam a normalidade sanitária.

A atuação de mediadores formais e informais, com interveniência em abortos inseguros realizados por mulheres a eles compelidas por condições sociais e econômicas desfavoráveis foi investigada por Rozeli Porto, no Capítulo 8. O espectro de mediação que ali se institui é caracterizado por um périplo que se inicia num mercado de venda de drogas por agentes de um submundo criminoso que explora e fragiliza as mulheres, adicionando nova carga de sofrimento aos dilemas morais já instituídos pela decisão de abortar, além de criar um campo de incertezas sobre a eficácia e efeitos da substância utilizada para induzir o abortamento. Os sofrimentos físicos instituídos pela eficácia dos medicamentos abortivos somam-se à busca por mediadores relutantes, os prestadores de cuidados médicos, cuja atuação mostrou-se pontuada por negligência, violência institucional, condenação moral e postergação dos cuidados necessários à resolução do processo abortivo.

A mais pesada mão do Estado se faz sentir no caso dos loucos infratores, remetidos ao limbo dos inimputáveis, mas cuja pena de fato não cessa. Érica Quinaglia Silva e Sthefânya Moreira enveredam pelo labirinto do poder judiciário, investigando a trajetória de um sentenciado a uma medida de segurança que aprisiona por 12 ou mais anos um doente mental, bem como as consequências irreparáveis que a inimputabilidade imprime em sua existência. A temática retoma a encruzilhada entre o plano universal – das leis e dos diagnósticos biomédicos que tipificam a loucura e chancelam a inimputabilidade – e os contextos específicos que envolvem o louco e sua delinquência. Para além de tais dimensões, a investigação remete às interações contraditórias e conflituosas e, sem dúvida hierárquicas, entre um aparato judiciário que tem no juiz a máxima instância de decisão e o aparelho médico que neste contexto é um elemento subalternizado ao polo jurídico. Se os diagnósticos médicos

atribuem nuances e hierarquias na periculosidade e responsabilidade do louco infrator e preconizam intervenções socioterapêuticas em busca de uma potencial recuperação, a lógica do poder judiciário se volta para o punitivo, direcionando-se ao prolongamento da reclusão manicomial de um sentenciado que, de fato, nunca foi julgado.

Numa esfera mais privada, outros capítulos exploram terrenos diversos como a reprodução humana, a sexualidade, a loucura, a drogadição e outros agravos crônicos como os de portadores de HIV e Aids, de diabetes e de deficiência de diversas ordens, demonstrando como os sujeitos sociais estudados vivenciam e/ou executam políticas de saúde, criando e recriando as práticas mediadoras na vida cotidiana para melhor perseguir os objetivos que os movem.

Nesse âmbito se expressam com força questões morais, em particular no que diz respeito à sexualidade. Carlos Guilherme do Valle e Mónica Franch, que trataram do tema em seus respectivos capítulos, evidenciam a força de processos midiáticos de imputação moral, que não apenas estigmatizam os soropositivos, atribuindo simploriamente a transmissão à mera responsabilidade individual, mas também obscurecem as complexas condições de vida de pessoas que convivem com doenças incuráveis e os arranjos socioafetivos que devem ser gerenciados diuturnamente. São estigmas que destituem os soropositivos dos atributos de sujeitos, na medida em que não buscam seu ponto de vista, nem o de casais sorodiscordantes, de entidades de apoio e outros falantes que vivenciam a convivência com a Aids e o HIV no dia a dia; tampouco veiculam suas lutas por direitos de cidadania e pela responsabilização do sistema de saúde para garantir os cuidados necessários à manutenção de suas vidas.

Aqui salta à vista o protagonismo deste ativismo, que institui relações coletivas e horizontais de aprendizado que progressivamente borram a distinção entre mediadores ditos

externos (consultores, assessores e outros) e os internos, ou seja, os portadores do agravo. Outro ponto relevante, finamente analisado por Carlos Guilherme do Valle no Capítulo 1, é a inauguração, no cenário brasileiro, da judicialização das demandas por saúde efetivada pela militância dos portadores de HIV e Aids, que não apenas tornaram mais complexa e potente a agenda da sociedade civil neste campo, mas também tiveram sucesso em acionar a coação de um poder de estado (o judiciário) sobre outro (o sistema público de saúde), instituindo uma arena de embates que rapidamente se estendeu a outros agravos e lutas pelo direito à saúde.

Singular é a análise feita por Carolina Branco Ferreira, no Capítulo 3, ao refletir sobre o que chama de uma *nova economia moral* dedicada a condenar não mais a imoralidade de práticas sexuais, e sim a violação dos direitos sexuais de grupos específicos, representados, no caso, pelos portadores de deficiência que buscam acesso à assistência sexual, dada a dificuldade em provê-la por si próprios. O tema comporta não só inflexões morais, mas também jurídicas e econômicas, traduzidas em demandas aos sistemas de saúde. Aqui a mediação que se exerce no plano societário tira do limbo as necessidades e as práticas sexuais das pessoas portadoras de deficiência e recoloca-as de modo bem visível no nível das políticas e ações de saúde. Oriunda do plano íntimo, a temática do desejo sexual das pessoas portadoras de deficiências evidencia de forma magistral o trânsito das mediações entre o público e o privado, entre o singular e o universal, entre a preservação e a contestação dos limites assistenciais da saúde.

Valorações singulares sobre a sexualidade e a reprodução humana são temas caros à contemporaneidade. Acusação moral subjacente ao biopoder médico que monopolizou os processos reprodutivos e destituiu a capacidade de agência das mulheres na própria concepção e parto é o mote adotado por Rosamaria Carneiro (Capítulo 2) para investigar o caráter político da saúde

reprodutiva, na qual as mediações se expressam como linguagem e poder feminino estruturados em torno de práticas de parto, cujo potencial subversivo em muito ultrapassa a rebelião contra o cuidado médico e contra os códigos vigentes de conduta reprodutiva. As políticas, tecnologias e atitudes reprodutivas – hegemônicas e alternativas – são entendidas pela autora como produtos e produtores de modelos de sociedade, cuja essência é, portanto, o poder. Em consequência, a contestação das mulheres em trabalho de parto tem, não apenas o caráter de expressão de subjetividades modernas, mas também a potência para instituir novos modos de se relacionar com os detentores oficiais do aparato médico-sanitário.

Condições crônicas como a adicção e outras disfuncionalidades da saúde mental também são espaços privilegiados para a produção de mediações pelos sujeitos, para si e para/com seus pares. São situações investigadas por Rosa Virgínia Melo, na etnografia de grupos de ajuda mútua de dependentes químicos onde a mediação dos sentidos atribuídos ao problema ali partilhado se institui como reconversão moral apoiada no (auto)controle e na disciplina pessoal, vistas pelos membros do grupo como vias prioritárias para manutenção da abstinência. Ali, as práticas de mediação dedicadas ao controle do abuso de substâncias químicas se expressam como afirmação intensa e reiterada das normas e valores morais e sociais conservadores, em que os participantes buscam adaptação a uma "vida normal", sem um ajuizamento crítico de eventuais disfuncionalidades da vida em sociedade que favoreçam o abuso de substâncias químicas.

O antropólogo atua como mediador nas vidas de "loucos de rua", ali entendidos como imperfeitamente incorporados à vida pública no tecido urbano, mas não completamente segregados. São, sobretudo, sujeitos que se eximem da condição de "pessoas da saúde mental", ou seja, que dispensam a atuação de instituições e profissionais encarregados de mediar – e controlar – a manifestação da loucura junto aos demais membros da

sociedade. Deste papel, quase involuntariamente se incumbiu Lilian Leite Chaves (Capítulo 13), caracterizando-se como autêntica mediadora, ao transitar entre diversos cenários na busca de interpretar e dar voz às demandas dos loucos que investigava, veiculando-as junto a familiares e agentes do *status quo* sanitário. A credencial de pesquisadora lhe propiciou acesso a espaços habitualmente evitados – posto que perigosos – ou vetados aos não especialistas, habilitando-a a desvendar as limitações instituídas pelo aparato assistencial que persiste moldando trajetórias de doentes mentais, mesmo dos que buscaram o refúgio no território livre da rua.

O conjunto dos trabalhos que compõem esta obra reitera o esforço do antropólogo em atribuir sentido às visões de mundo das pessoas que estuda, levando em conta os contextos, os interesses e as motivações ordinárias e extraordinárias, sem desconsiderar seu caráter essencialmente relacional e a fluidez que caracterizam as relações sociais no mundo contemporâneo.

Luiza Garnelo

Instituto Leônidas & Maria Deane – Fiocruz Amazônia

SUMÁRIO

Parte I – Mediadores e práticas de mediação

1 Mediadores e *experts* biossociais: saúde, ativismo e a criminalização da infecção do HIV 26
Carlos Guilherme do Valle

2 Estados nacionais, gerações de mulheres e políticas do parir: analogias e mediações entre Brasil e Espanha.....76
Rosamaria Giatti Carneiro

3 Assistência sexual a pessoas com deficiência e mediações em saúde 102
Carolina B. de Castro Ferreira

4 Escritos de uma desigualdade em saúde 139
Silvia Guimarães

Parte II – Mediadores e mediações em questão

1 Poder e governo nas mediações de agentes comunitárias de saúde 173
Carla Costa Teixeira e Diogo Neves Pereira

2 Como terceiros: reflexões entre agentes indígenas de saúde no Alto Tapajós (PA) 217
Cristina Dias da Silva

3 "Tamo junto": mediações leigas na ajuda mútua entre "adictos" 244
Rosa Virgínia Melo

4 Entremeando Relações de Poder: Itinerários Abortivos e os/as diferentes Mediadores/as em Saúde..... 277
Rozeli Porto

Parte III – Mediações em distintos campos de articulação

1 Saúde Indígena no Nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade 309
Rita de Cássia Neves

2 Participação social indígena em saúde: imaginários, práticas e (des)enquadres metacomunicativos 341
Marcos Antonio Pellegrini

3 Do "clube do carimbo" à ética das relações – a criminalização da transmissão do HIV na mídia e nas experiências de pessoas vivendo com HIV/Aids 365
Mónica Franch

4 O grito silencioso de um louco infrator: estudo de caso sobre a medida de segurança no Distrito Federal 406
Érica Quinaglia Silva e Sthefânya Moreira

5 A mediação como contribuição antropológica para as práticas extramuros no campo da saúde mental 425
Lilian Leite Chaves

Sobre os Autores 455

PARTE I

Mediadores e práticas de mediação

CAPÍTULO 1
MEDIADORES E *EXPERTS* BIOSSOCIAIS:
SAÚDE, ATIVISMO E A CRIMINALIZAÇÃO DA INFECÇÃO DO HIV

Carlos Guilherme do Valle

Em 25 de outubro de 2016, o PL198/2015, que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da Aids"[2], de autoria do deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS), foi rejeitada pelo parecer da deputada Laura Carneiro (PMDB/RJ), da Comissão da Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados. Semanas antes, a imprensa noticiava que um homem HIV+ fora condenado por infectar sua esposa pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal[3]. Em pouco tempo, duas decisões, uma política e a outra judicial a envolver saúde e Aids. Não se trata de uma nova questão, pois os dois fatos estão relacionados a modos de acusação que têm caracterizado a história social da epidemia (CLATTS; MUCHLER, 1989; FARMER, 1992 etc.). Pode-se dizer que rumores, fofocas e boatos estiveram sempre presentes quando lidamos com os riscos e as vias de infecção do HIV. Esses rumores articulam-se à ampla gama de acusações morais e estigmatiza-

2 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3 Esse caso foi divulgado pela imprensa em 06/10/2016 no jornal digital Metrópoles: <http://www.metropoles.com/distrito-federal/justica-distrito-federal/homem-que-passou-hiv-de-proposito-a-esposa-e-condenado-pela-justica>.

ção de pessoas vistas como "promíscuas", "doentes", "perversas" etc., o que, muitas vezes, alastra pânico sexual (HERDT, 2009). Na década de 1990, era comum aparecer na imprensa que homens heterossexuais HIV+ agiam como *predadores sexuais*, o que pôs à tona questões de gestão dos riscos, dos seus aspectos morais e da "responsabilização" de pessoas HIV+. Em anos recentes, surgiu a polêmica midiática, em nosso país, a respeito do *Clube do Carimbo*, que seria uma rede de pessoas HIV+ à busca de vítimas para infectá-las "intencionalmente". É possível acreditar que a epidemia da Aids tem sido reconsiderada a partir de novas versões de um pânico sexual e/ou moral que converge entre si doença, sexualidade e estilos de vida, mas cuja dimensão específica é definida de acordo com contextos nacionais e locais precisos. Assim, o debate público sobre a "criminalização" de pessoas HIV+ que infectaram seus parceiros sexuais recrudesceu na última década, quando se constatou em pesquisas o aumento de processos judiciais em diversas nações (DODDS *et al*., 2005; WEAIT, 2007; CAMERON, 2009; MYKHALOVSKIY, 2011; RACE, 2012; etc.). Durante a XVII Conferência Internacional de Aids (Cidade do México, 2008), o problema foi denunciado por Edwin Cameron, juiz da Suprema Corte da África do Sul.

No Brasil, o mesmo fenômeno vem se repetindo, pois aumentou o número de ações judiciais que se tornaram conhecidas pelos meios de comunicação de massa e a internet. Deve-se frisar que não é um fato novo entre nós, pois ações judiciais em relação à infecção do HIV retrocedem às primeiras décadas da epidemia (MOTT, 2002; ABIA, 2015; PARKER, 2016). Em tempos recentes, porém, a criminalização pela infecção do HIV tornou-se uma das questões candentes da agenda política do ativismo

de Aids[4], tanto no exterior como no Brasil (GRACE; MCCASKELL, 2013; VALLE, 2013). Como tal controvérsia se tornou política e publicamente sensível?

Com a eclosão da epidemia no Brasil, passou a existir um ativismo biossocial, composto por agentes de perfis sociais variados e diferentes formações profissionais, o que ajudou a promover a mobilização sociopolítica das pessoas *vivendo com HIV/Aids*, além de pessoas comprometidas na "luta contra a epidemia". Em meados da década de 1980, temos os antecedentes de formação deste ativismo, que passou por mudanças históricas significativas e expandiu-se por todo o país. Suas práticas sociais e modos políticos de intervenção articulam-se também a agências governamentais e globais nas três últimas décadas. Aparte sua sociogênese e sua trajetória histórica, o que abordei em outros artigos (VALLE, 2002; 2013; 2015; 2016) bem como outros autores (PARKER, 1994; SILVA, 1998; GALVÃO, 2000; etc.), pode-se assegurar que o ativismo de HIV/Aids brasileiro manteve, primeiro, relações de conflito e suspeita, mas, depois, de colaboração (tensa, às vezes) com o Estado brasileiro, sobretudo a partir da década de 1990, quando o país assinou acordo com o Banco Mundial. Guardadas as diferenças entre organizações, entidades e grupos que caracterizam o ativismo de HIV/Aids,

4 "Ativismo" é uma categoria que inclui uma diversidade de organizações, grupos e redes, cujas estruturas e modelos organizacionais, ideologias, práticas e objetivos, formas de inserção, recrutamento e participação não podem ser uniformizados (FISCHER, 1997). As organizações civis "ativistas" de HIV/AIDS podem ser consideradas do mesmo modo e chamaram a atenção de pesquisadores, produzindo uma vasta literatura (SMITH, 2013). Emprego "ativismo biossocial" a partir da proposta de Paul Rabinow sobre biossocialidade (1996; 1999), termo que não supõe uma natureza a priori, definida em termos biológicos, mas sim a formação de coletividades de pessoas com certa patologia, vista como objetiva e cientificamente comprovada. Tudo isso se relaciona com as mobilizações sociais e políticas em torno da epidemia da AIDS. Assim, coletividades foram constituídas, demandando direitos específicos e intervenções governamentais (VALLE, 2015).

ele não deixou de ter relações sistemáticas com agências globais e de cooperação internacional, sem contar as instituições do campo científico e da indústria farmacêutica. Neste capítulo, analiso esse horizonte de relações tanto de colaboração como de antagonismo em termos de uma epidemia que reflete forte dimensão moral, o que reaparece na questão da criminalização pela infecção do HIV. Pretendo refletir, sobretudo, sobre a criação de modos ou práticas de mediação por considerar um elemento importante das relações entre os diversos atores e agentes envolvidos na epidemia: as pessoas com HIV/Aids, as organizações da chamada "sociedade civil" (ASSUMPÇÃO, 1993; FISHER, 1997) e as diversas agências e órgãos da administração pública que atuam em esferas variadas das vidas das pessoas com HIV/Aids (saúde, assistência social, direitos etc.).

Ao considerar o contexto brasileiro, o capítulo não privilegia como o ativismo de HIV/AIDS está articulado, em termos de mediação, com agências globais, embora aponte para alguns de seus aspectos a fim de ilustrar meu argumento. Ao selecionar, em especial, organizações não governamentais (ONGs), redes de pessoas HIV+ e eventos ativistas, discuto como práticas de mediação e um conjunto de ideias vêm sendo conformadas e instrumentalizadas a fim de lidar com questões de justiça social, cidadania e acesso a saúde, inclusive pautando a demanda por serviços e tecnologias biomédicas. Considerando os processos sócio-históricos que conformam o ativismo de HIV/Aids no país, pretendo discutir as propostas e ideias que configuram suas práticas sociais, além dos seus dilemas de negociação, enquanto modos de mediação entre pessoas doentes e agências governamentais e da administração pública, em especial as lutas políticas e simbólicas em torno da criminalização da infecção do HIV, que se tornou uma questão sensível a partir de meados da década passada.

Não se pode tomar HIV/Aids como uma questão apenas biomédica ou epidemiológica (BASTOS, 1999; GALVÃO, 2000), pois estão em jogo aspectos culturais e sociais, políticos,

econômicos etc. Nesse sentido, minha perspectiva sempre foi a de considerar as questões atinentes ao HIV/Aids em termos de uma antropologia ao mesmo tempo histórica como política da saúde (VALLE, 2000; 2013, 2015), o que se aproxima, então, da perspectiva de Fassin (2009; 2012) ao tomar as implicações, efeitos e recorrências da "política dos vivos". Entendo que o ativismo biossocial de HIV/Aids se engendrou a partir de uma economia moral através da qual se constitui uma política dos vivos, qual seja, a "ameaça que pesa sobre a vida física se torna sua razão política de viver" (FASSIN, 2012, p. 384). Pode-se dizer que o tema da criminalização da infecção do HIV traz um elemento a mais: há uma dimensão política a respeito da "ameaça" construída e implicada através da infecção viral, isto é, a definição da responsabilidade pela infecção emerge como uma questão da política dos vivos. Veremos, sobretudo, como mediadores têm atuado frente a isto.

Georg Simmel (1950; 2013) assinalou a "significação sociológica do terceiro elemento", o agente societário que contribui para a relação entre grupos ou pessoas, facilitando ou dificultando interações e os canais de comunicação. Em geral, o debate antropológico sobre mediação destacou a figura societária do *broker*, termo usado na literatura anglo-saxã. Os *brokers*, isto é, os mediadores, têm sido considerados como os agentes, por excelência, em contextos sociais de contato, negociação, atendimento, disputa etc., pois facilitam ou dificultam as premissas e os canais de contato entre "comunidade" (local) e o Estado-Nação. Os pesquisadores focalizam como as interações mantidas entre o *broker* (tal como o patrão, o político, o agente religioso, o médico etc.) e seus "clientes" não devem ser tomadas apenas como interesses livres e descompromissados, mas expõem formas de reciprocidade assimétrica, que dispõem as pessoas ou grupos em posições de força desigual, em geral articulando escalas sociais (local/nacional/global etc.). Para Eric Wolf (2003), há usualmente uma pessoa com mais habilidade para estabelecer contatos e relações devido às suas atribuições e seu

"modo de vida diferente", transitando mais fácil e livremente entre escalas/níveis locais e nacionais. O *mediador* se destaca por uma maior circulação entre pessoas e instituições (tal como o médico ou o profissional de saúde) e, assim, pode usufruir de vantagens e recompensas, viabilizando contatos e alianças, além de facilitar políticas governamentais que, de outro modo, não estariam à disposição de seus "clientes".

Não é preciso seguir tão à risca as características sugeridas pela literatura antropológica sobre mediação e mediadores. Embora a problemática da mediação tenha sido discutida, em particular, na antropologia da política e do campesinato, tal como mostrei em uma revisão teórica (VALLE, 2015), pouco ainda se refletiu sobre mediação e saúde a partir de uma proposta antropológica. Todavia as dificuldades de implementação de políticas públicas de saúde e os obstáculos ou impasses acarretados pela falta de garantia de direitos específicos podem sugerir a importância das práticas de mediação movidas pela sociedade civil e, no caso da Aids, sobretudo as ONGs. Neste capítulo, estou tratando dos ativistas de HIV/Aids como mediadores[5].

Entendo práticas de mediação como relação, comunicação, trocas e fluxos intersubjetivos entre pessoas e grupos em mundos sociais específicos, cujos saberes e modos de significação são articulados. As práticas de mediação dependem de contextos, eventos, relações, cuja chave de compreensão se dá através da ação. Mas se a mediação precisa ser considerada, isso não impede que essas práticas, que envolvem socialidade, comunicação e fluxos de significado, sejam atravessadas por ambivalência, tensões e relações de poder.

Além disso, as práticas de mediação estão referidas a processos sociais mais amplos, que mostram a conexão entre níveis sociais variados. Assim, a compreensão das escalas é

5 Mediação como tema vem sendo reconsiderada através de perspectivas como a de Latour (2012).

central no que pretendo apresentar. As práticas de mediação podem ser heterogêneas, produzidas de modo simultâneo, conforme os contextos, implicando muitas vezes variação e/ou diversidade entre agentes mediadores e seus projetos, que competem entre si. Estamos lidando com contextos que descrevem uma pluralidade de mediações, o que contrasta muito com o debate teórico que introduziu a temática. Nesse caso, os agentes mediadores não podem ser vistos de modo dualista. Eles não são sempre "exteriores" aos grupos e coletividades com que estabelecem mediação. Muitas vezes, fazem parte do mesmo mundo social, instrumentalizando-se exatamente por sua capacidade de criar relações, articulação e traduções entre diferentes escalas.

Para se entender as práticas de mediação em saúde/doença como modos de transação social e cultural, é preciso reconhecer a importância dos processos coletivos em sua dimensão histórica, constituídos através de ideologias, valores culturais, metáforas e simbolismos, apresentados e vividos nas interações. Evita-se enfatizar na análise social as ações individuais, de modo simplista e unidirecional, pois as práticas de mediação em saúde/doença supõem a comunicação de informação, as trocas de ideias e valores, a circulação de bens e serviços, além da existência de entraves, obstáculos e relações de poder entre pessoas, redes e coletividades, sejam locais, nacionais e globais. Em particular, isso é exemplificado no caso da epidemia do HIV/Aids, que envolveu a emergência e consolidação de ideias, práticas, relações e políticas que coexistiam e entrecruzavam em escalas variadas. Nesse sentido, a linguagem possibilita que significados se entrecruzem, mesclem e se oponham em termos de doença e saúde, corpo e moralidade. Os ativistas têm que lidar, ao mesmo tempo, com compartilhamentos e diferenças culturais/simbólicas. Como mediadores, as pessoas, os ativistas e os diversos profissionais, que estarei tratando neste capítulo, podem atuar e transacionar nas arenas e mundos sociais. Será isso que veremos no debate (e embate) sobre justiça e o tema

da criminalização da infecção do HIV, questão que envolve, por um lado, o plano das relações da intimidade pessoal e das acusações de infecção e, por outro lado, o plano normativo da lei e da justiça, mais abrangente em termos societários e políticos.

Ativismo biossocial, direitos humanos e cidadania

As primeiras ONGs Aids brasileiras foram criadas em meados da década de 1980. Nesse período, o Ministério da Saúde criou a Divisão Nacional de DST e AIDS (1985)[6], cuja atuação foi politicamente negligente, apesar do impacto da epidemia. Pessoas buscavam atendimento médico e o aumento desproporcional de mortes fugia ao controle efetivo dos serviços de saúde. Pode-se dizer que a postura governamental foi de anestesia política, "causando sofrimento e ignorando sofrimento" (FASSIN, 2007, p. *xii*). A imprensa brasileira construiu a Aids como uma questão pública, tornando-se o principal veículo de informação sobre a epidemia (GALVÃO, 2000; VALLE, 2000; 2002). Sua representação cultural era pautada por uma visão moralmente negativa dos doentes e, sobretudo, das "homossexualidades"[7].

Em 1987, foi instituído o Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde (PGA/OMS), que passou a estimular que os países atingidos pela epidemia criassem seus programas nacionais e implementassem políticas públicas de combate à epidemia. Articulando-se à estratégia do PGA/OMS, houve grande incentivo para que a sociedade civil tivesse atuação direta e efetiva na "luta contra a Aids", inclusive pela participação de ONGs. As *pessoas vivendo com HIV e Aids* (categoria

6 A divisão passou a se chamar Programa Nacional de DST e AIDS.

7 No plural, as "homossexualidades" não abarcam o grande espectro de experiências, identidades e vivências da "diversidade sexual e de gênero", termo mais adequado (VALLE; SIMÕES, 2015).

coletiva que passou a ser usada na época) passaram a ser vistas como agentes sociais de grande importância para o sucesso das políticas governamentais e da estratégia global contra a epidemia, uma perspectiva inovadora para as políticas públicas de saúde (BASTOS, 1999). O incentivo à participação social foi assimilado pelas primeiras organizações ativistas no Brasil. Como o Programa Nacional de DST/Aids não tinha uma política pública sistemática contra a epidemia, sem acompanhar o ritmo proposto pelo PGA/OMS, foi o ativismo de HIV/Aids brasileiro que criou práticas mais imediatas de intervenção e prevenção da infecção do HIV. Até 1993, o ativismo brasileiro manteve uma posição crítica ao Ministério da Saúde, demandando uma política governamental mais efetiva (GALVÃO, 2000; VALLE, 2013) e, de modo especial, atuou em duas frentes: 1) a de representar as demandas da sociedade e, em particular, das pessoas com HIV; 2) em razão disso, a de se configurar como um canal de mediação entre o Estado e a dita sociedade civil. Essa dupla face do movimento social e do ativismo de HIV/Aids foi se tornando ainda mais complexa, sobretudo em 1993, quando o Banco Mundial assinou acordo financeiro com o Brasil para implementação de projetos de prevenção e cuidado em HIV/Aids, grande parte deles executados pelas ONGs (BASTOS, 1999; GALVÃO, 2000; VALLE, 2000; 2013).[8]

Portanto, o tema da mediação é central para entender as relações entre, por um lado, as pessoas doentes e/ou afetadas pela Aids e, por outro lado, as agências governamentais. As organizações da sociedade civil passaram a desenvolver práticas de mediação entre estes dois planos da sociedade brasileira.

8 O Programa Global de AIDS/OMS chamava-se em sua criação The Special Programme on AIDS. Atualmente, a UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) leva adiante a proposta iniciada pelo PGA/OMS, coordenando uma estratégia global, que inclui governos nacionais, a sociedade civil, o setor privado etc. A UNAIDS articula dez agências globais (UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO e o Banco Mundial – World Bank).

Parceria se tornou a palavra-chave para definir a relação entre o ativismo biossocial e a política nacional de Aids no país, uma prática semelhante aos projetos e modos de intervenção de outras áreas (TEIXEIRA, 2004). As parcerias entre Estado e o movimento social foram sendo incentivadas através de práticas institucionais (GALVÃO, 2000; VALLE, 2013), o que até levou um autor a usar o termo *Estado Ativista* para pensar a questão da Aids (BIEHL, 2007). Segundo ele, os projetos de prevenção da infecção do HIV foram sendo desenvolvidos pelo movimento social, mas a política de tratamento e cuidados médicos ficou sob a responsabilidade do Estado, executada através dos serviços de saúde. Pode-se entender que essas duas dimensões frente à epidemia expõem práticas diferenciadas de mediação em relação às pessoas vivendo com HIV, embora as duas possam coexistir em algumas ONGs e entidades da sociedade civil[9].

Ao emergir na década de 1980, o ativismo de HIV/Aids foi influenciado por ideias de justiça social, direitos humanos e construção da cidadania, já defendidos por associações da sociedade civil previamente existentes. Muitos de seus membros e lideranças tiveram trajetória e participação política contra o regime militar. Podemos citar: Herbert de Souza, conhecido nacionalmente como *Betinho*, e Herbert Daniel. Embora os dois tivessem trajetórias políticas distintas, eles acabaram afetados pela epidemia, descobrindo-se infectados pelo HIV: Betinho era hemofílico e Herbert Daniel era homossexual. Foi Betinho quem fundou a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), ONG Aids do Rio de Janeiro, onde passou a atuar também Herbert Daniel. Depois de três anos de criação da ABIA, Daniel estabeleceu o *Grupo Pela Vidda*[10] (GPV). Apesar da história comum, as duas ONGs eram autônomas e se singularizaram ao longo de sua existência, tornando-se, junto de outras organizações,

9 O Programa Nacional de AIDS tornou-se uma das principais fontes de financiamento das ONGs.

10 Acrônimo de "Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS".

as principais organizações do ativismo biossocial de HIV/Aids. Minha pesquisa privilegiou as duas ONGs e estarei apresentando mais dados a partir de suas trajetórias institucionais. Contudo, ABIA e GPV não conformam modelos únicos do ativismo, que se caracteriza por propostas e objetivos bem heterogêneos. Um amplo processo de criação de ONGs, redes e instituições ocorreu a partir da década de 1990, evidenciando a pluralidade de respostas diante da epidemia, embora estivessem articulados às políticas governamentais de saúde, o que indica a importância de práticas de mediação para se entender o ativismo de HIV/Aids.

Deve-se destacar que ideias de *solidariedade* e de *direitos humanos* foram compartilhados pelo PGA/OMS e boa parte do ativismo global e brasileiro de HIV/Aids, visando a luta contra a discriminação e o estigma que acometiam as pessoas afetadas por uma epidemia com forte dimensão moral. Na década de 1980, os diretores do PGA/OMS e, depois, da UNAIDS, ressaltavam a urgência de uma colaboração global de "respostas" à epidemia, forjadas através de uma ética da *solidariedade*, inclusive salientando a atuação direta da sociedade civil. Em 1988, houve evidente colaboração entre o PGA/OMS e lideranças de certas ONGs, tal como a ABIA. Pode-se dizer que se engendrou, então, uma cultura global de conhecimento sobre HIV/Aids, de linguagem e princípios comuns, categorias identitárias e moralidades que atravessavam redes de relações transnacionais e seriam apropriadas em contextos locais. Com certeza, a ideia de que a saúde era um direito, incluindo-se na pauta mais ampla dos "direitos humanos", fazia parte desta cultura global. Não é por menos que Herbert Daniel e Betinho escreveram textos sobre a questão (SOUZA, 1994; DANIEL, 1994). Articulando Aids e direitos humanos, pretendia-se rejeitar a discriminação e o estigma das pessoas com HIV/AIDS, assegurando-lhes direitos e reforçando a construção da cidadania. Essas ideias foram afirmadas de modo simultâneo por parte da sociedade civil organizada e por agências globais. Não devemos esquecer que a promulgação da Constituição de 1988 e, em seguida, a criação do Sistema Único de

Saúde (SUS), com sua defesa do acesso universal e gratuito à saúde integral como direito a ser assegurado a todos os brasileiros, faz parte do horizonte histórico e sociopolítico que estou tratando. Assim, a defesa da relação entre saúde e direitos humanos em HIV/Aids tornou-se também uma defesa do SUS.

Ao tomar a Aids como uma questão de direitos humanos, questionava-se que a epidemia fosse tratada apenas por uma perspectiva biomédica, devendo-se entendê-la também através da participação social e política da sociedade civil. Isso repercutiu na criação e funcionamento de muitas ONGs Aids brasileiras, inclusive o *Grupo Pela Vidda*. De certo modo, as ONGs mediavam tanto em relação a questões de saúde como de justiça social (GALVÃO, 2000; VALLE, 2000; 2015). Em 1996, a criação da Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/Aids, vinculada ao Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, relacionou-se a este processo global que se ramificava nacional e localmente a partir do acordo assinado pelo Estado brasileiro e o Banco Mundial. Mas a Rede foi instituída quase dez anos depois que as ONGs de Aids e o PGA/OMS já estavam destacando a importância de se articular saúde e direitos humanos. De fato, um de seus primeiros coordenadores foi liderança e diretor do *Grupo Pela Vidda* de Niterói, uma ONG fluminense com vinculação estreita com o GPV, inclusive criando assessoria jurídica, a exemplo da outra ONG. Esse exemplo permite recuperar o processo contínuo de trajetórias institucionais de pessoas que, em certo momento, foram ativistas e, em outro, tornaram-se "Estado", tal como ouvi certa vez. Assim, as redes e práticas de mediação mostravam-se cada vez mais complexas, articulando níveis variados de intervenção social e agenciamento político, mostrando, inclusive, a fluidez das fronteiras entre ativismo e política governamental, tal como a publicação de material de divulgação jurídica do GPV por meio do Ministério da Saúde. Assim, as ONGs mediam em diversos planos, o que impede que se possa separar saúde, política e justiça, ou seja, quando os ativistas de HIV/Aids estão mediando, eles atuam a partir de uma visão

construída de que a epidemia não é um problema exclusivo de saúde, mas sim social, cultural, político e de *direitos*. Assim, o ativismo biossocial de HIV/Aids pode ter efeitos para a execução de práticas jurídico-administrativas e da esfera concreta de operação do direito, ampliando e redefinindo o significado de cidadania. É isso que apresento agora com um estudo de caso.

O Grupo Pela Vidda e sua assessoria jurídica

Com a expansão do ativismo de HIV/Aids na década de 1980, algumas ONGs criaram serviços de assistência e/ou orientação jurídica, por exemplo, Gapa-SP e o Grupo Pela Vidda-RJ (GPV), como um de seus principais canais de contato com a população em geral. Desde sua criação a partir da ABIA, o Grupo pela Vidda marcou-se pelo ativismo político, a valorização de trabalho voluntário e a coordenação de projetos de prevenção. Com 27 anos de existência, é muito complexo definir o GPV, pois não é uma associação de pacientes, nem um centro de atendimento. As ideias de ajuda mútua não sintetizam as propostas da ONG. Não se resume apenas a oferecer "serviços", embora tenha assessoria jurídica e o Disque Aids. Não se pode definir o GPV-RJ apenas pelo que não é, pois a ONG é bastante singular e combina atividades com objetivos e propósitos muitos variados, além de estimular atividades de caráter societário e reflexivo, geradoras quer de discursividade quer de socialidade correspondente ao "viver com HIV". O GPV organizou o primeiro protesto público de "pessoas vivendo com HIV/Aids" no país, orientado por ideias de uma luta global contra a "pandemia". Inspirou a criação de outras ONGs homônimas, mas autônomas, em diversas capitais brasileiras. Desde 1991, o GPV organiza o "Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids", conhecido como *Vivendo*, sempre no Rio de Janeiro. Embora tenha abordado etnograficamente o GPV (VALLE, 2002;

2008; 2015), não cheguei a privilegiar a relação entre assessoria jurídica, saúde e mediação[11].

Para o criador do GPV, Herbert Daniel, a ONG deveria marcar-se por uma posição firme contra a "morte civil" das pessoas vivendo com HIV/Aids, causada pelas condições frequentes de preconceito e estigma associados à epidemia (DANIEL, 1994). Em razão de seu perfil político-ideológico, a ONG originou-se com a visão da Aids como uma questão de "direitos humanos" e "cidadania", isto é, como a "defesa dos direitos das pessoas com HIV e Aids", articulando intimamente saúde/doença com o tema da justiça. Mas como conseguir que o público em geral entendesse isso? Com apoio da Fundação Ford, Herbert Daniel e os primeiros ativistas do GPV decidiram implantar a assessoria jurídica em 1990, depois de um ano de criação da ONG. Conhecido como "o jurídico", era uma atividade especializada coordenada por uma advogada e por estagiários (de Direito) que atendiam pessoas para resolver questões judiciais devidas à Aids. Em sua maioria, os profissionais que atuaram no *jurídico*, ao longo dos anos, não eram pessoas HIV+, embora pudessem ter alguma relação social, até familiar, com pessoas HIV+. De certo modo, isso representava um contraste com outras atividades mantidas no GPV em que havia forte presença de *pessoas vivendo com HIV*, inclusive a sua diretoria[12].

11 Além do Rio de Janeiro, foram criados outros GPV em São Paulo, Niterói, Goiânia, Vitória, Curitiba e Cascavel (os três últimos já fechados). Em sua trajetória histórica, o GPV-RJ teve uma crescente singularização em relação à sexualidade, gênero, cor/raça, geração e classe. Contudo, a ONG mostrou uma frequência maior de homossexuais masculinos e mulheres heterossexuais.

12 De início, o "serviço" funcionava todas as quartas-feiras à tarde para o público em geral. Em contraste com a dinâmica mais informal de interações da ONG, a assistência jurídica tinha uma rotina mais formal e "burocrática". As pessoas eram "atendidas" em ordem de chegada por meio da distribuição de senhas. A atividade era pautada no perfil de relação "profissional" entre um "cliente" e o advogado como expert, que tinha conhecimento de informação jurídica correta. Ou seja, não era uma atividade que valorizava a construção de relações interpessoais, nem a elaboração de práticas discursivo-reflexivas com o fim de "ajuda mútua".

Logo o *jurídico* (tal como passou a ser chamado) tornou-se estratégico para a atuação política, a visibilidade e a credibilidade pública da ONG e, mais, ajudava a estabelecer práticas de mediação com a população. Segundo uma interlocutora: "Nessa época, o que a gente tinha? É aquela questão de fazer, de didaticamente ensinar as pessoas o que são direitos". Ou seja, tratava-se de construir e difundir a visão de que a epidemia da Aids era uma questão de saúde, mas também de justiça social e cidadania. Com isso, esperava-se que o *jurídico* não fosse encarado como serviço ou caridade: "A proposta do trabalho do Pela Vidda era se opor a essa filantropia. Não é criticar a filantropia, mas era propor um outro tipo de trabalho. Direitos são direitos. Caridade é caridade. É uma coisa diferente"[13].

De início, a *assessoria jurídica* respondeu mais a demandas trabalhistas, embora atendesse também a pessoas atingidas pelo Plano Econômico do governo Collor[14]. Em uma época que os remédios antirretrovirais não eram acessíveis, nem distribuídos pelo Ministério da Saúde, grande parte de pessoas com HIV dependia de suas próprias economias e salários para comprar medicamentos, fazer tratamentos e realizar testes diagnósticos. Muitos casos referiam-se a ações para garantir o resgate de benefícios sociais como o FGTS. Também hemofílicos e suas famílias buscaram o serviço jurídico da ONG para entrar com ações legais contra o Estado brasileiro por terem sido infectados por transfusão de sangue, situação que também aconteceu na França (CARRICABURU, 1993). Deve-se lembrar que a questão do sangue mobilizou publicamente o país a partir de 1987, sobretudo com a morte do cartunista Henfil (irmão de Betinho), em razão da alta incidência de hemofílicos infectados em transfusões. Pode-se dizer que estes diferentes tipos de

13 Trechos de entrevistas realizadas em fevereiro de 1998.

14 Em 1990, a assessoria jurídica do GPV atendia 129 ações legais das quais 92 referiam-se ao "Plano Collor", que bloqueou o resgate da poupança de todos os brasileiros. Sobre as mudanças no suporte jurídico na ONG, ver Ventura (1991; 1995).

ação judicial implicavam demandas diferenciadas em termos de classe e origem social[15].

Na década de 1990, a assessoria jurídica do GPV passou a representar diversas ações contra empresas privadas de planos de saúde que não cobriam as despesas de seus clientes com internação e exames diagnósticos. Nesse caso, muitos clientes provinham das camadas médias. Na mesma época, tornaram-se recorrentes as ações jurídicas para distribuição gratuita e importação de drogas antirretrovirais, de custo muito alto e ainda não acessíveis ao público. Antes, isso já acontecera com o AZT, um dos primeiros remédios usados contra o HIV, mas esse tipo de ação legal logo se tornou a mais importante demanda ao *jurídico* do GPV, inclusive quando grupos de pessoas se juntavam nas chamadas *ações de medicamentos*, de caráter coletivo, para que o Estado brasileiro provesse novos antirretrovirais ainda não distribuídos pelo Ministério da Saúde, embora a distribuição gratuita de remédios anti-HIV através do SUS tenha sido assegurada pela Lei 9.313 em 1996. Em 1998, a assessoria jurídica do GPV acompanhava 13 ações coletivas de medicamentos, que envolviam mais de 130 pessoas (VALLE, 2000). Nessa época, houve uma significativa mudança e ampliação de tecnologias biomédicas, sobretudo fármacos, o que veio a se tornar a principal diretriz nos protocolos de tratamento anti-HIV. Quando novos remédios foram sendo lançados pela indústria farmacêutica, o ativismo biossocial passou a impor uma forte pressão ao Estado brasileiro, em particular aos Ministérios da Saúde e da Justiça. As ações judiciais faziam parte das estratégias políticas e de

15 Em relação ao público que buscava a assessoria, seu perfil social variou devido às diferentes demandas que apareciam. Em seu ano de criação, a maioria da "clientela" consistia de homens HIV+ de camadas médias que buscavam a liberação da poupança. Em 1992, houve uma mudança no perfil da clientela, que passou a ser das classes populares, muitos deles hemofílicos. Segundo os profissionais do jurídico, eram pessoas das camadas populares, "pouco lúcidas, nem escrever sabem".

mediação da ONG, que eram regularmente apresentadas através de protestos públicos. As "ações de medicamento" pautavam-se no seguinte argumento jurídico: o direito das pessoas HIV+ de serem efetivamente tratadas para poderem viver. Isso relaciona-se à emergência histórica da "judicialização da saúde", tal como mostraram Biehl e Petryna (2011).

A partir do contexto etnográfico, não cheguei a identificar qualquer demanda significativa por ações judiciais que envolvessem responsabilidade pela infecção do HIV, excetuando os processos iniciados por hemofílicos contra o Estado brasileiro. Ou seja, não era um motivo que levasse a uma ação judicial acompanhada pela assessoria de uma ONG. Esse fato inquietou advogados que atuaram *no jurídico*: "Então, por exemplo, nós não pegamos nunca, uma coisa importante de sinalizar, um dano moral! Entendeu?". Uma advogada alertou: "Essas questões de dano moral, mais estruturais, a gente não encaminha. As pessoas são violadas nos seus direitos e não têm essa percepção de violação e de lutar". Era um paradoxo – por que a "violação" a direitos (estigma, responsabilização moral, preconceito etc.) não motivava a busca pela assessoria jurídica? Ou seja, era raro ter uma demanda política e moral para o *jurídico*. Apesar disso, acusações morais contra pessoas, culpando-as pela infecção do HIV, existiam e faziam parte da discursividade sobre a experiência do viver com Aids nas ONGs que etnografei. Por exemplo, em atividade semanal como a *Tribuna Livre* do GPV, que consistia em uma roda de conversa com um tema escolhido coletivamente, as falas, os relatos e os testemunhos pessoais eram valorizados. Certa vez, inclusive, o tema de discussão escolhido foi: "A responsabilidade pela infecção do HIV".

Há uma questão importante a tratar agora, que envolve tanto a construção da responsabilidade pessoal como política em termos do viver com HIV/Aids, o que mostra um paralelo entre se tornar ativista e lutar a favor da *cidadania*. Essa questão me parece fulcral para se entender tanto a automodelação e a formação da *pessoa vivendo com HIV/Aids* e, portanto, como

ativista responsável, o que se apreende, por exemplo, através das relações em uma ONG como o *Pela Vidda*. Na verdade, a automodelação como ativista responsável não deixa de entrever ambivalências e dilemas frente ao mundo social, onde o preconceito, os estigmas e a desinformação poderiam grassar comumente. Por exemplo, quando alguém buscava apoio do *jurídico*, suas demandas eram vistas, pelos advogados e ativistas do GPV, como problemas pessoais que salientavam enfoque utilitário e instrumental do serviço da ONG, o que contrastava com os objetivos ideológicos e políticos do ativismo do GPV. Por muito tempo, a assessoria jurídica foi considerada como espaço importante das lutas simbólicas e políticas da ONG por cidadania e não seria uma simples "intermediação" ou mero serviço a favor de pessoas HIV+ (VENTURA, 1991). Entre os advogados e operadores do direito que entrevistei, havia a percepção de que as pessoas que procuravam a assessoria não tinham, em geral, conhecimento sobre seus direitos e os significados da cidadania e, sobretudo, que eles sabiam muito pouco de política, justiça e Aids. Os usuários e clientes do serviço seriam pessoas, sobretudo, *desinformadas*, carentes de *cidadania*.

Para suprir essa "falta" de conhecimento, a assessoria jurídica também servia para uma pedagogia informal e a transmissão de conhecimento especializado sobre direitos das pessoas com HIV/Aids. Assim, as pessoas recebiam tanto folhetos sobre "viver a vida positivamente" como publicações sobre *direitos*. O Grupo Pela Vidda chegou a lançar o livro *Direitos das Pessoas vivendo com HIV e Aids* (1993), que se tornou um recurso importante para pessoas HIV+ e também para advogados. Como mediadores especializados, os profissionais do *jurídico* eram chamados a dar palestras e dar entrevistas sobre "direitos" a profissionais de saúde a fim de "desconstruir estigmas". Até o Ministério da Saúde fez uma *parceria* com a ONG, publicando o boletim *Conquistas* sobre os direitos de pessoas com HIV, voltado a trabalhadores e pessoas de baixa renda. Além disso, a preocupação com a Aids como "questão de direitos humanos"

repercutia em outros espaços e eventos, além da assessoria jurídica. Isso acontecia, por exemplo, em eventos ativistas, tal como o *Vivendo*, onde atividades específicas (mesas-redondas, oficinas etc.) têm sido organizadas a fim de instrumentalizar os participantes sobre a dimensão dos direitos e da cidadania.

Talvez as atividades do *jurídico* da ONG fossem o primeiro passo para alguém HIV+ se tornar *informado*, além de pessoal e politicamente responsável. Conheci um homem HIV+, morador de uma pequena cidade do interior fluminense, que, ao buscar o *jurídico* do GPV para resolver uma questão trabalhista, decidiu criar uma ONG em sua cidade. Outra vez, uma advogada do GPV chegou a notar o dilema vivido por pessoas atendidas pelo *jurídico*, quando um homem HIV+, que teve uma ação legal bem-sucedida, respondeu que ela foi a "vitória da derrota", uma apreensão pessoal da (des)vantagem de ganhar na justiça por conta de sua infecção e condição biológica, característico da biolegitimidade (FASSIN, 2009; 2012). Esse jogo entre vantagens e desvantagens de *viver com HIV/Aids* passou a ser reconhecido e fazer parte da construção de sujeitos conscientes de *seus direitos*, o que era possível perceber em atividades do GPV. Por exemplo, um diretor da ONG afirmou em outra *Tribuna Livre* que o direito a benefícios, tal como o vale-transporte, era *conquista* do ativismo e não devia servir para distinguir pessoas como doentes, apesar do uso de documentos que identificavam a pessoa como portador de "deficiência". Contudo, um veterano da ONG aparteou ao diretor, salientando sua condição biológica: *onde tem o meu atalho é direito meu. Eu tenho Aids, eu tenho pressa*.

Para os profissionais da assessoria jurídica, a atividade era um espaço ideal de conscientização política e mobilização social. Todavia, o *jurídico* era definido por diferentes focos e propósitos, que se complementavam, mas também aludiam a uma tensão entre os objetivos ideológicos da ONG. A atividade era vista tanto como *orientação jurídica* como *serviço*. Por certo, estou mostrando em que medida o ativismo e atuação em uma ONG Aids construía-se como prática de mediação, em

uma escala local, diante daqueles que, a princípio, não teriam conhecimento efetivo, segundo os ativistas, dos seus próprios direitos, da política e de cidadania. Só que as demandas objetivas das pessoas que buscavam o *jurídico* podiam frustrar, às vezes, o projeto ideológico de uma consciência política mais ampla que, segundo as lideranças e profissionais do GPV, deveria caracterizar o ativista responsável. Reproduzia-se na ONG um contraste entre a visão política dos ativistas e as demandas das pessoas que buscavam o *jurídico*, o que se assemelha com o que Gregori (1992) percebeu em seu estudo sobre os dilemas da prática feminista em um serviço de apoio à violência contra a mulher. Assim, o que mais impressionava aos profissionais e ativistas ligados ao *jurídico* do GPV era que as pessoas não buscavam o serviço para questionar, rejeitar e confrontar a estigmatização causada pela Aids. O "dano moral" não era uma questão sensível a ser confrontada pelas pessoas HIV+ que buscavam o *jurídico*, tampouco o estigma motivava uma questão legal. O fosso entre o que seria idealmente esperado, pelos ativistas, e aquilo socialmente notado, pelas pessoas HIV+, deve ser considerado para se entender a emergência da criminalização da transmissão do HIV, quando a infecção do vírus passa a motivar a judicialização do risco.

De fato, seria inexato afirmar que as ONGs Aids nunca receberam demanda para resolver casos judiciais de infecção do HIV. Como Parker alertou (2016), a criminalização de pessoas HIV+ ocorre desde a década de 1980, mas sem o mesmo impacto social e político dos últimos dez anos. Em 2011, um ativista me contou que a assistência jurídica de uma ONG foi procurada, anos antes, por um homem que desejava entrar na justiça contra outro homem, que lhe teria supostamente infectado. Contudo, o caso não foi levado adiante. Suspeito, na verdade, que são as pessoas mais distantes dos espaços e dinâmicas societárias promovidos pelas ONGs Aids que acabam por ser mais facilmente implicadas pela lógica da responsabilização do outro pela infecção do HIV. Mas isto é apenas uma suposição que traz à tona, porém, mais

uma vez o tema da lacuna ou falta de conhecimento sobre HIV/Aids. Ou seja, seriam, em especial, as pessoas "desinformadas" aquelas que buscam resolver pela justiça o fato de sua infecção? Em razão disso, veremos agora como a criminalização se tornou uma questão de disputa social, política e moral entre os ativistas de HIV/Aids, inclusive renovando e reconfigurando suas práticas de mediação, e os operadores do direito, que passaram a mobilizar de modo privilegiado a judicialização do risco.

Da luta pelos direitos à criminalização da infecção do HIV

Em forte contraste ao que se garantiu em relação a direitos e a cidadania das pessoas vivendo com HIV/Aids, outro cenário passou a existir na década passada. Diversos projetos de lei de criminalização de pessoas pela infecção do HIV chegaram ao debate público, sem contar as ações judiciais particulares que incriminavam e, às vezes, condenavam pessoas HIV+ (GUIMARÃES, 2011; PEREIRA; MONTEIRO, 2015). Dentre os projetos de lei, havia o PL 130/1999, de autoria do deputado federal Enio Bacci (PDT/RS), que considerava a transmissão do vírus como "crime hediondo", ao qual foram apensados depois o PL n. 276/1999, do mesmo deputado, que instituía pena para transmissão deliberada do vírus da Aids (reclusão de 2 a 6 anos), e ainda o PL n. 4.887/2001, de autoria do deputado Feu Rosa (PP/ES), que fixava uma pena ainda maior (reclusão de 10 a 15 anos). O projeto de lei 130/1999 foi rejeitado pelo parecer do deputado federal Antonio Carlos Biscaia (18/12/2008) e arquivado, mas depois reapresentado como um novo projeto de lei, o PL 198/2015, de autoria do deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS), que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da Aids", ao qual foram apensados mais dois projetos de lei assemelhados – o PL 1048/2015, do deputado Sóstenes Cavalcante (PSD/RJ), e o PL 1971/2015, do deputado Victor Mendes (PV/MA).

Estes dois últimos PLs referiam-se à divulgação na imprensa do *Clube do Carimbo*. Contudo, o PL 198/2015 e seus apensados foram rejeitados, mais de um ano depois, por meio de relatório da deputada Laura Carneiro (PMDB/RJ; 25/10/2016), na Comissão de Seguridade Social e Família[16]. Todos os projetos de lei focalizavam a criação de uma nova tipificação penal que sublinhava a intencionalidade (proposital) de infecção do HIV, ou seja, uma pessoa HIV+ passa a ser considerada como responsável pelo risco ou ameaça à vida de uma outra pessoa. Recuperando Howard S. Becker (2008, p. 138), sobressai, então, que o problema da "imposição de regras" revela os dilemas que envolvem as relações entre pessoas, coletividades e suas visões sobre a socialidade, quando essas relações expõem, sobretudo, antagonismo e disputa sobre o que é culturalmente visto como certo e errado. É importante entender, portanto, os embates em torno da imposição de regras através da força da lei ou, ainda mais, na definição de novas leis.

Em razão disso, o ativismo de HIV/Aids resolveu tomar uma posição mais incisiva sobre a criminalização da infecção do HIV, que passou a redefinir a discussão sobre moralidade, justiça e política frente à Aids, sobretudo a partir de 2000. Assim, importantes ONGs brasileiras têm se empenhado a dar mais atenção pública e propor ação política objetiva contra as iniciativas legislativas de deputados federais. Renovando sua agenda ativista, essa questão foi o principal tema de eventos de comemoração dos 20 anos de existência de ONGs Aids, tal como o Grupo de Incentivo à Vida (GIV, São Paulo), em 2010. Assim, passei a centrar esforços para entender o tema (VALLE, 2013), retomando contato com ONGs e ativistas, fazendo entrevistas

16 O PL 198/2015 foi despachado primeiro para a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, mas o deputado federal Jean Wyllys (PSOL/RJ) expediu requerimento (n. 1158, Câmara dos Deputados, 24/03/2015) para que o PL fosse analisado pela Comissão de Seguridade Social e Família, que tem competência sobre assuntos relativos à saúde pública e políticas públicas de saúde.

e reunindo a documentação disponível. Algumas ONGs Aids tomaram essa questão de modo mais incisivo e público do que outras, por exemplo, o citado GIV, os Grupos Pela Vidda (GPV, Rio e Niterói), que mantêm assistência jurídica, a ABIA (RJ) e o Grupo de Trabalhos em Prevenção Posithivo (GTP+, Recife), embora esta não seja uma questão que mobilize todo o movimento social. Outras entidades vêm acompanhando as atividades promovidas pelas ONGs citadas, apoiando a divulgação dos resultados dos debates entre ativistas e participando *in loco* das atividades promovidas, mas sem abraçar a questão tão fortemente em seus objetivos institucionais. Desde então, posso recuperar cinco eventos voltados ao foco da criminalização da infecção do HIV. Todos salientavam a questão dos direitos humanos e da justiça em relação à saúde e Aids. São diferentes das manifestações públicas e dos grandes eventos ativistas, tais como os "Encontros Nacionais de Pessoas Vivendo com HIV/Aids" – o *Vivendo*, que também incluem atividades (por exemplo, oficinas) com a mesma temática, mas cuja proposta abarca muitas outras questões, além de justiça, direitos e criminalização da infecção do HIV. Acredito que a organização de todos estes eventos[17], categorizados de modo recorrente como "seminários" (os *Seminários Nacionais para Enfrentamento da Discriminação, Criminalização e Violação de Direitos no Contexto do HIV e Aids*), tenha a ver com os contextos em que projetos de lei têm sido encaminhados. Há uma continuidade irregular entre os eventos, que depende dos caminhos e desdobramentos da produção e aprovação de leis. É importante mostrar, porém, em que medida o cenário mais recente se articula e contrasta

17 Tomo "evento" a partir da ótica de Peirano (2001), que encara o rendimento teórico e etnográfico de se valorizar os usos e funções da linguagem a partir de contextos sociais concretos, permitindo aprofundar as dinâmicas rituais e culturais, também de comunicação verbal. Pode-se pensar, assim, até os Vivendo. Sobre eles, ver Silva (1998; 1999) e Valle (2000; 2015).

com o anterior, cuja marca era a ênfase na relação entre Aids, justiça e direitos humanos[18].

Os eventos que estou tratando sugerem a existência de uma rede social de contatos prévios, de relações e trajetórias que se cruzam e se confundem na história social do ativismo de HIV/Aids. De fato, alguns dos ativistas são nomes importantes dessa história e foram sujeitos-chave para a criação ou continuidade institucional das ONGs Aids no Brasil. Assim, há uma relação direta com tudo o que apresentei antes a partir da pesquisa que fiz na década de 1990. Além deles, há a presença e apresentação, nos eventos, de advogados e profissionais do direito e da área de saúde (procuradores, médicos, psicólogos etc.), vinculados aos programas e agências voltadas a HIV/Aids (Ministério da Saúde – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais; Programas estaduais de DST/Aids) ou, então, a instituições e corporações jurídicas (a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB; Defensoria Pública; Ministério Público; procuradores de São Paulo e Rio de Janeiro), o que caracteriza a arena de relações e as práticas de

18 Posso citar os seguintes eventos: o "Seminário HIV e Direitos Humanos: A criminalização da transmissão do HIV", promovido pelo GIV (São Paulo, 13 e 14 maio de 2010) e os quatro "Seminários Nacionais para Enfrentamento da Discriminação, Criminalização e Violação de Direitos no Contexto do HIV e Aids" (7 e 8 de outubro/2010; 25 a 27 de outubro de 2011; 26 e 27 de novembro de 2013 – este evento foi chamado de "III Seminário Nacional para Promoção de Direitos Humanos no Contexto do HIV e Aids" e "Diálogo Nacional sobre o HIV e o Direito"; além do "IV Seminário", 17 e 18/maio de 2016). Analisei, sobretudo, os materiais dos dois seminários realizados nas ONGs de Aids de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e os Grupos Pela Vidda-Rio e Niterói. Em 2011, tive Lorena Moraes, então doutoranda em Ciências Sociais (UERJ), como minha assistente de pesquisa – a quem agradeço por sua disponibilidade e cuidadosa atenção etnográfica por ter acompanhado o "II Seminário Nacional para enfrentamento da discriminação, criminalização e violação de direitos no contexto de HIV e AIDS", realizado no Rio de Janeiro. Fiz viagens ao Rio de Janeiro e a São Paulo, entrevistando ativistas e profissionais, além de visitar ONGs de Aids.

mediação que vêm sendo construídas no mundo social da Aids. Estão presentes agentes e instituições que implicam vozes e discursos posicionados em diversos níveis e escalas societárias. Essas vozes e perspectivas sugerem articulação sociopolítica, muitas vezes encarada como o estabelecimento de *parcerias* entre as agências envolvidas: autoridades governamentais e *gestores*; ONGs e agentes do direito e do campo jurídico. Mas são as ONGs que atuam mais fortemente no âmbito da mediação entre as pessoas com HIV, que podem ser acusadas, incriminadas e condenadas, e as agências do campo jurídico e os operadores do direito.

Os seminários eram eventos que possibilitavam a apresentação pública e a discussão compartilhada de temas, fatos e questões relacionados ao contexto recente da emergência da criminalização da infecção do HIV como um problema. Assim, além dos projetos de lei que tramitaram na Câmara dos Deputados, alguns casos de condenação judicial de pessoas HIV+ eram normalmente debatidos, em especial aqueles que se tornaram públicos e conhecidos socialmente em estados onde se encontram importantes ONGs Aids (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul). Segundo um advogado ligado às ONGs, era desconhecido o número de processos e ações judiciais envolvendo criminalização pela infecção do HIV, despontando apenas alguns que acabam por receber maior repercussão da imprensa. Em grande parte dos casos, está em questão o que se chama segredo de justiça, o que dificulta o acesso aos processos em andamento. Assim mesmo, os ativistas das ONGs mais envolvidas com o tema da criminalização da infecção do HIV passaram a fazer sua própria pesquisa dos casos de condenação existentes, chegando a apresentá-los nos seminários.

Talvez, um dos casos mais publicamente discutidos nos eventos tenha sido o de um açougueiro HIV+[19]. Seu caso recebeu grande atenção midiática e chegou a ser objeto de reportagem do Programa Fantástico da TV Globo, o que mostra a importância dos meios de comunicação de massa para a criação e a mediação cultural, tal como sugere Franch (nesta coletânea), de uma controvérsia pública que pode ter repercussão nas relações interpessoais. O caso foi tratado com detalhes por um conhecido ativista em um dos seminários sobre criminalização. Com prisão preventiva, o homem foi acusado de duas tentativas de homicídio qualificado por transmitir o vírus HIV a duas mulheres e tentar infectar uma terceira. Assim, o advogado do réu buscou uma nova tipificação penal para seu cliente: o crime de transmissão de moléstia grave, referente ao artigo 131 do Código Penal. Para tanto, fez o pedido de *habeas corpus* do açougueiro, ajuizado primeiro ao Tribunal de Justiça do estado de São Paulo, mas não foi aceito. Do mesmo modo, a defesa fez interposição de recurso para o Superior Tribunal de Justiça, sendo outra vez negado. Esse caso foi bem importante por envolver o Ministério Público (MP) e o Supremo Tribunal Federal (STF), mais uma instância jurídica a ser considerada nesse debate. O Ministro do MP afirmou que "tratam-se de três crimes hediondos que geram clamor na comunidade, uma vez que o açougueiro costuma ocultar sua condição de portador do vírus. Portanto, se solto, ele poderia fazer novas vítimas". Um novo pedido de *habeas corpus* foi solicitado pelo advogado do açougueiro, ajuizado no Supremo Tribunal Federal (STF). Em 27 de abril de 2010, o Ministro do STF mostra-se favorável ao fim da prisão preventiva do açougueiro HIV+ e enquadra seu

19 Em 18 dezembro de 2008, a juíza da Comarca de Cosmópolis (SP) recebeu a denúncia de tentativa de homicídio de 3 mulheres, atendendo as razões do Ministério Público e decretou a prisão preventiva do acusado. Depois disso, a defesa pediu habeas corpus, afirmando que o caso não se enquadrava como tentativa de homicídio (artigo 121 do Código Penal) e pedia requalificação penal para o artigo 131.

delito ao artigo 131. É relevante trazer à vista que um ativista do GIV se reuniu junto ao deputado Chico D'Angelo (PT/RJ), que coordenava a Frente Parlamentar HIV/Aids (criada em 2001 e relançada em 2007), e de agentes do Ministério da Saúde com o Ministro relator do STF a fim de embasá-lo com informações técnicas e científicas mais atuais sobre a infecção do HIV. Essa rede de relações entre agentes de diferentes escalas sociais, instâncias político-institucionais e a arena jurídica aponta para a atuação do ativista de uma ONG Aids como um mediador biossocial, que constrói espaços de interlocução e articulação, circulando entre pessoas e instituições.

Os eventos não eram ocasiões onde casos eram apenas descritos. Os ativistas mais familiarizados com o debate da criminalização buscavam também recuperar e explicar detalhadamente os diversos artigos do Código Penal, além dos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. Em especial, foi discutido o alcance e o que estava em jogo no caso do Código Penal brasileiro, sobretudo dos artigos 121 ao 154, que definem "tipos penais". Assim, o artigo 131[20] seria encarado, por advogados, como aquele que mais se afina aos crimes de "transmissão" de doenças, envolvendo, então, os riscos ou perigos à vida e à saúde de outra pessoa. Havia também uma discussão e diferenciação dos "crimes com dolo", evidenciando intencionalidade, e os "crimes culposos", sem intenção. Há diversos advogados e juristas, tal como Damásio de Jesus e Guilherme de Souza Nucci, que defendem ou dão suporte teórico-intelectual à penalização, cujo argumento principal seria, segundo advogado de uma ONG Aids, que "se você transmite [uma doença], a responsabilidade é sua. Você tem que lidar com isso". De acordo com Pereira e Monteiro, as ações judiciais apoiavam-se na ideia de que toda pessoa deveria contar, em

20 Art. 131 – Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio: Pena-reclusão, de um a quatro anos, e multa. Código Penal Brasileiro.

primeiro lugar, que tem sorologia positiva ao HIV ao parceiro sexual e, se assim não faz, ela tem a "intenção" de infectá-lo e, portanto, é passível de ser responsabilizada e "penalizada", conforme as leis brasileiras (2015, p. 1187). Para estas autoras, há dois processos interligados: 1) criação e/ou aplicação de leis para condenação; 2) penalização/"ação punitiva".

Para o ativismo HIV/Aids, é preciso questionar a tramitação de projetos de lei que objetivem ou "fabriquem" um tipo penal específico, a "criminalização da infecção do HIV". Os projetos de lei, que podem ajuizar a respeito da infecção do HIV como crime hediondo, foram considerados um atentado a toda mobilização política alcançada historicamente pelo ativismo de HIV/Aids, um retrocesso de caráter moral e societário, entendido através da linguagem das emoções e dos afetos que mobiliza politicamente o ativismo. Seria o "medo" e os temores que voltariam a se manifestar na vida social, espalhando "estigma e discriminação", duas categorias centrais para se entender a contestação dos projetos de lei e das ações a favor da criminalização de pessoas por transmissão do HIV. Como os agentes e operadores do direito, os ativistas das ONGs Aids faziam um exercício balizado de interpretação hermenêutica para entender casos de condenação por infecção do HIV, tomando os mais divulgados pela imprensa, que alcançaram "clamor popular". Os ativistas buscavam sem dúvida apontar para o caráter absurdo do processo judicial, da sua motivação, a de acusar uma pessoa soropositiva de um crime não intencional. Desse modo, sublinhavam sua posição como mediadores da sociedade civil, em confronto com o nível mais abrangente da elaboração de leis e das instituições judiciárias. Essa arena de disputas mostra como os ativistas de HIV/Aids, enquanto mediadores e *experts* biossociais, contestam a posição de juristas, operadores do direito e políticos que defendem uma legislação a favor da criminalização. Fica aparente, então, o tema da *advocacy* e dos *grupos de pressão* em saúde, exibindo as práticas de mediação dos ativistas entre pessoas com uma determinada condição biológica ("doentes" ou não) e os parlamentares da Câmara dos Deputados, em um plano político federal, mas

também *nas bases*[21] (o nível político municipal/estadual), e com os juristas, por exemplo, no STF, tal como assinalei antes no caso do açougueiro HIV+:

Hoje, dentro do Congresso, a gente tem feito uma atuação um pouco mais incisiva dentro do Congresso. E ali é um mundo de pedidos. É gente do Brasil inteiro levando suas demandas. Então, os deputados, os parlamentares, vão levar as demandas que eles estão sendo cobrados naquele momento ali. Se a gente não estiver presente, não cobrar e não fizer pressão, isso não caminha. Então, é muito importante nós estarmos fazendo essa cobrança, a gente sempre estar presente. Quanto mais visto e quanto mais cobrança a gente fizer, mais a gente vai ser lembrado. E muito mais as nossas pautas e reivindicações serão colocadas em discussão[22].

Certamente, a agenda ativista salienta a centralidade da garantia dos direitos específicos das pessoas com HIV/Aids, o que iria resultar, em paralelo, na proposta de lei que define o crime de discriminação dos portadores de HIV. Em 2 de junho de 2014, foi sancionada a Lei n. 12.984 pela presidente Dilma Rousseff. Esta lei define o crime de discriminação da pessoa com HIV e doentes de Aids, estabelecendo um crime punível de reclusão (1 a 4 anos). Comemorada pelo ativismo de HIV/Aids, a Lei 12.984 representa um contraponto aos projetos de lei a favor da criminalização da infecção do HIV e, certamente, evidenciou a forte pressão política e *advocacy* do movimento social.

Nos seminários, tentava-se, portanto, recuperar as questões presentes nas mais de três décadas da epidemia sobre a relação fundamental entre o respeito ao "viver com Aids" e

21 É importante fazer paralelos entre os termos usados por ativistas biossociais e aqueles encontrados em outros contextos, tal como o investigado por Bezerra (1999).

22 Fala de Rodrigo Pinheiro, presidente do Fórum de ONGs Aids do estado de São Paulo, no "II Seminário Nacional para enfrentamento da discriminação, criminalização e violação de direitos no contexto de HIV e Aids" (26/10/2011).

a defesa dos "direitos humanos". Por um lado, articulava-se através de um eixo com três polos: "direitos humanos, saúde e cidadania". Isso envolveria, assim, a questão da prevenção, inclusive suas "novas tecnologias"[23], e dos tratamentos anti-HIV, por um lado, mas ainda a discussão do "estigma" e da "discriminação" das pessoas com HIV/Aids. Cheguei a notar que as atividades de ONGs Aids tinham o intuito de gerar e transmitir conhecimento sobre os direitos das pessoas HIV+, mas ainda *desconstruir estigmas*. Isso reaparecia por meio dos seminários. De acordo com os títulos das palestras e mesas-redondas no "I Seminário Nacional para Enfrentamento da Discriminação, Criminalização e Violação de Direitos no Contexto do HIV e Aids", buscou-se refletir, em especial, sobre a questão da "responsabilidade", da "responsabilidade compartilhada" e da "ética", o que implicava certamente uma discussão sobre cidadania, direitos e obrigações em termos sociais. Frisava-se que a sexualidade deveria ser tomada em termos relacionais, o que envolvia tanto a "responsabilidade compartilhada" como a "culpa concorrente" na gestão do risco, que não deveria recair apenas para a pessoa vivendo com HIV/Aids. Há rendimento teórico em fazermos agora um breve exercício comparativo sobre o tema da responsabilização, guardadas as diferenças culturais em foco.

Ao trazer o aporte teórico de E.E. Evans Pritchard sobre acusações societárias para explicar infortúnios entre os Azande, Max Gluckman (1972) reflete sobre os modos possíveis, em diversas sociedades, de alguém ser alvo de uma "crise moral" porque seus valores se distinguem ou se contradizem com a moralidade vigente, o que geraria grande tensão social. Trata-se

23 Desde meados dos anos 2000, as chamadas "novas tecnologias de prevenção" vêm sendo objeto de grande discussão e, inclusive, defesa por parte do ativismo global de HIV/AIDS, além de estar recebendo bastante atenção midiática e jornalística nos últimos 5 anos, em especial a PREP (Profilaxia pré-exposição ao HIV) e a PEP (Profilaxia pós-exposição ao HIV).

da problemática da responsabilização moral, social e política de outros, identificados como causadores de algum mal, o que lida, portanto, com o tema das acusações entre pessoas e grupos. Assim, os infortúnios seriam construídos socialmente como uma ruptura das relações morais entre pessoas. Isto se concilia também com a discussão proposta por Becker sobre os dilemas que envolvem a "imposição de regras", que podem ser tanto sociais como morais, além das jurídicas, investidas em torno da definição de leis.

Quando uma pessoa HIV+ não revela seu status sorológico real para seu parceiro sexual, essa pessoa rompeu, segundo os autores dos projetos de lei, com a confiança social e moral da outra. Certas pessoas são definidas como responsáveis pela tensão social e o mal causado devido a práticas e ações que incorreram, vistas como condenáveis, tal como a não revelação do status sorológico. Pode-se compreender como as pessoas HIV+ passam a ser vistas como socialmente perigosas, próximas da esfera do mal, sobretudo quando ideias de uma sexualidade exacerbada e descontrolada são culturalmente apresentadas, tal como na referência constante ao *Clube do Carimbo*. Quando o risco e a infecção do HIV são tomados como uma prática intencional, deliberada e proposital, há grande possibilidade de se criar pânico moral e sexual em relação a pessoas HIV+, que podem ser consideradas como irresponsáveis, sexualmente perversas e, no limite, socialmente destrutivas. Mas os ativistas de HIV/Aids trazem outras questões, sobretudo a importância de considerar que a sexualidade envolve uma dinâmica intersubjetiva complexa entre duas (ou mais) pessoas, o que leva a pensar que a responsabilidade em contextos íntimos é necessariamente "compartilhada". Se a "culpa" aparece como uma questão, ela não pode ser associada apenas à pessoa (HIV+) e sim às duas pessoas, portanto precisa ser vista como dividida e "concorrente". Será, assim, que o risco de infecção do HIV passa a ser disputado tanto como uma questão complexa de responsabilidade como uma "ameaça", a envolver, do mesmo

modo, lutas sociais a respeito da regulação jurídica das consequências da intimidade sexual.

Está evidente que, no caso do embate público sobre a criminalização da infecção do HIV, emerge o tema da responsabilização social e moral da pessoa com HIV, ou seja a "alocação da responsabilidade"[24], tal como propõe Gluckman (1972), só que isso se complementa a outro ponto que não foi suficientemente explorado pelo autor, mas é crucial em acusações de infortúnio. Trata-se da dimensão peculiar da estigmatização. Nesse ponto, creio que Judith Butler (2004) faz uma contribuição interessante, que complementa a de autores como Erving Goffman e Howard Becker sobre estigma e desvio. Para Butler, um tema que se torna politicamente sensível na esfera pública, inclusive canalizado por segmentos cultural e socialmente dominantes, pode desacreditar não apenas o conteúdo e o valor dos pontos de vista divergentes, mas, sobretudo, as pessoas que os sustentam, um descrédito que produz, pode-se dizer, a "alocação" do estigma, ampliado aos poucos quando ele chega à vida pública. Em que medida as acusações morais contra pessoas HIV+, vistas como irresponsáveis, até mesmo como homicidas em potencial, poderiam atingir e desacreditar o ativismo de HIV/Aids?

Em "crises de escolhas morais", certos especialistas ou profissionais externos são comumente convocados para chegar a uma solução ou consenso, atuando como "catalisadores morais", por exemplo padres, advogados, médicos, assistentes sociais, mas, penso, que os ativistas de HIV/Aids podem ser entendidos também assim. A crise não se reduz à dinâmica formal da resolução de conflitos, mas eles participam como agentes de um processo intersocietário em que crises morais precisam ser resolvidas. Assim, o tema da tríade, do terceiro elemento, ou seja, da mediação ganha relevância mais nítida, repercutindo nas disputas sociais e morais em torno de uma questão sensível. No caso clássico Azande, temos um modo de

24 Agradeço a Carla Costa Teixeira por seu comentário sobre este ponto.

"resolução", um "itinerário", digamos, a fim de tomar decisões sobre o problema ou debelar o mal (pela raiz), o que envolve pessoas, ações e objetos variados em termos de um saber específico – a adivinhação. Isso também pode ser pensado no caso de situações como os eventos pesquisados, que questionam a "criminalização da infecção do HIV".

Deve-se pensar, sobretudo, no "público" através do qual as pessoas têm que se posicionar e nas ocasiões em que um ponto de vista precisa ser defendido e/ou contestado. Em sua dimensão pública, todas as disputas dependem de como elas são manejadas coletivamente, como algumas pessoas são mobilizadas e outras não. Pode haver uma variação de pessoas em termos das práticas rituais, em especial para dar suporte às expectativas morais ou defender certos pontos de vista e/ou princípios. Com o propósito de "alocação da responsabilidade", obrigações morais são colocadas em relevo, especialmente para dar suporte a um determinado segmento de pessoas. Para mostrar a "alocação" do estigma e do sofrimento que as pessoas HIV+ podem passar com a responsabilização do risco de infecção, os ativistas oferecem um saber local (o direito ativista como um idioma próprio) a fim de convencimento social, para mobilização pública sobre os entraves vividos por quem é portador do HIV. Podemos considerar, então, os modos de tratamento dos fatos e das informações, além dos métodos de transmissão de conhecimento, que se apoiam em saber científico e uma hermenêutica qualificada do código penal, que pudesse produzir uma doutrina contrária àquela que defendia a criminalização da infecção do HIV. Para tanto, redes de apoio tanto social como político foram sendo estabelecidas, enquanto alguns focos (pessoas, grupos, saberes) eram construídos em termos de oposição e disputa[25].

25 A partir de Evans-Pritchard, Gluckman (1973) mostra que os Azande pensam a partir do "idioma de suas crenças, mas eles não podem raciocinar contra ou de fora deste mesmo idioma, porque eles não têm outro idioma para expressar seus pensamentos".

Nos eventos ativistas, havia um esforço pedagógico que visava familiarizar e instrumentalizar seus participantes sobre o idioma e argumentação jurídica, o que, de algum modo, tem paralelo com a prática da assessoria jurídica do GPV. Vale lembrar que advogados de dois *Grupos Pela Vidda* (Rio e Niterói) fizeram parte da organização de alguns eventos, apresentando a *expertise* adquirido nas suas assessorias jurídicas. Nos Estados Unidos, essa estratégia de instrumentalização leiga caracterizou as intervenções do ativismo de HIV/Aids, sobretudo no final da década de 1980, o que levou a que muitos ativistas pudessem dialogar, criticar e negociar diretamente com cientistas e autoridades governamentais sobre questões biomédicas e clínicas (EPSTEIN, 1996). Em um jogo de palavras, Epstein notou como o saber ativista produziu o que ele chamou de ciência impura (*impure science*), mobilizada e mediada por aqueles que aprenderam, com a vulnerabilidade de seus corpos e a urgência de suas vidas precárias (BUTLER, 2004), o complexo saber biomédico a fim de pedir mais rapidez nos ensaios clínicos de remédios anti-HIV. Para Silva, houve a "tradução da linguagem médica com o intuito de democratizar as informações, mas também de incentivar o cuidado de si" (1998, p. 131). Aconteceu o mesmo no caso da mobilização social de outras patologias, tal como aponta Rabinow (1996) e, em outro contexto, Débora Diniz, ao tratar da epidemia de Zika e de microcefalia (2016).

Na questão jurídica da criminalização da infecção do HIV, pode-se dizer que isto também se repetiu, pois os ativistas brasileiros foram aprendendo e acumulando um saber jurídico que foi sendo, aos poucos, traduzido, circulado e trocado, sobretudo para aqueles que não controlavam a linguagem e jargão jurídico. Desse modo, os ativistas e operadores do direito ligados ao movimento social tinham uma relação mutuamente pedagógica. Isso já estava presente, por exemplo, no cotidiano da assessoria jurídica do GPV. Durante o dia a dia da ONG, buscava-se informar e repassar conhecimento jurídico para as pessoas que atuavam como ativistas ou voluntários. Isso

ocorreu com a edição do *Livro dos direitos* (GRUPO PELA VIDDA, 1993), distribuído amplamente entre os membros participantes da ONG, mas ainda no treinamento de voluntários do *Disque Aids* do GPV, a segunda atividade de contato mais direto com a população em geral.

Nos eventos recentes, foi comum que os ativistas buscassem familiarizar seus colegas pouco fluentes com a linguagem do direito, *qualificando o movimento social* com termos técnico-jurídicos bem específicos: "o que é doutrina", "jurisprudência", "acórdão" etc. Aprendiam como considerar e interpretar a linguagem jurídica da mesma forma que, muitos anos antes, investiram no aprendizado da discussão e da teorização biomédica. Existia, assim, a ampliação dos saberes locais ao se apropriar de discursos especializados a fim de colocá-los e tomá-los através de sua própria visão política. Tratava-se de um esforço de tradução interpretativa e mediação cultural do saber e perspectiva jurídica em termos do ativismo de Aids, representando uma hibridização peculiar dos saberes singulares do Direito e do ativismo biossocial de HIV/Aids. Em 2011, foi organizado o "II Encontro Nacional de Advogados que trabalham com HIV/Aids", que foi um "evento voltado a operadores de direito que atuam" a respeito de HIV/Aids, acompanhado de ativistas do movimento biossocial. Essa relação *sui generis* entre advogar, trabalhar e *militar* aponta muito bem para o que está em jogo nos *seminários* e *encontros* que foram organizados. Como um ativista e advogado *vivendo com HIV/Aids* chegou a dizer em um dos eventos: "O nosso desafio é construir novas interpretações mais favoráveis e até a questão de atacar o processo, a ausência de provas". E, depois, acrescentou: "Que mensagem é essa que a gente quer passar para a sociedade?" Pode-se dizer que está sendo produzido um "direito impuro", parafraseando Epstein (1996). Não é que o saber jurídico que ali se produzia fosse um direito menor, mais frágil ou distorcido, mas, ao contrário, ele acaba sendo tomado como um discurso autorizado, que tinha múltiplas bases de apoio, sobretudo que

ajudasse a contestar os argumentos pró-criminalização. Por um lado, mostrava a importância do saber local ativista, acumulado ao longo das três décadas de epidemia, que não deixou de ter interface e apropriação por parte das agências do Estado (o Ministério da Saúde) e as políticas governamentais. Assim, esse direito impuro era combinado também com evidências de ordem médica, ao se destacar os resultados das pesquisas sobre o efeito biológico dos remédios antirretrovirais, que reduziam drasticamente a carga viral de uma pessoa HIV+, muitas vezes ao nível indetectável, o que diminuía os riscos de infecção. Essa evidência biomédica fazia parte dos argumentos e discursos ativistas, que iriam ser retomados para questionar o saber jurídico que não tomasse em consideração aquilo que o saber ativista (e também biomédico) vinha destacando com mais atenção como avanço na prática terapêutica anti-HIV. Essa combinação do saber científico e biomédico acumulado sobre a terapêutica da Aids com o debate jurídico tornou-se crucial para os ativistas, inclusive para legitimar sua posição e embasar "doutrinas contrárias" aos argumentos jurídicos pró-criminalização. Aponta também para as práticas de mediação que o ativismo estabeleceu, estrategicamente, com Programas Estaduais de DST/Aids, o Ministério da Saúde e o UNAIDS, que emitiram notas técnicas questionando a criminalização da infecção do HIV. Essas notas técnicas eram comumente citadas a fim de dar respaldo ao saber e direito ativista[26].

Por outro lado, foi notável que operadores do direito, inclusive procuradores, reportassem que sabiam pouco de HIV/Aids, ou seja, que os eventos lhes davam a oportunidade de conhecer mais o assunto. Essa interface é interessante para se entender como se construía o debate e as alianças entre agentes que tinham, a princípio, pouca relação societária, mas

26 Pode-se citar a nota técnica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2009), a do Departamento Nacional de DST Aids, do Ministério da Saúde (2009), a do UNAIDS (2015) etc.

que estavam inseridos em redes e canais de mediação social e política. Em contextos como estes, as pessoas podiam mostrar tanto concordância como tensão ou crítica direta. Em 2011, no *II Seminário Nacional para enfrentamento da discriminação, criminalização e violação de direitos no contexto de HIV e Aids*, isso ficou bem aparente quando houve a apresentação de um advogado. Entre os ativistas no auditório, transpareceu incômodo por ele ter usado categorias consideradas erradas ("opção sexual", "grupo de risco"). Após sua fala, foi corrigido publicamente pelos ativistas presentes e o advogado teve que se desculpar. Todavia, a principal estratégia a ser buscada não era o conflito aberto e sim o convencimento e a "sensibilização" (outro termo bastante usado) dos operadores do direito, de juízes de 1º e 2º grau, de promotores, até mesmo de procuradores federais do INSS (no caso da "judicialização" da previdência social). A advogada Patrícia Rios, do Grupo Pela Vidda-Niterói, chegou a recuperar como a *advocacy* do ativismo biossocial junto do Ministério da Saúde contribuiu decisivamente para a emissão de um documento governamental, a nota técnica do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais que questiona a criminalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), o que poderia contribuir para que os "doutrinadores" tivessem "um novo embasamento, um novo conhecimento" sobre o tema, respaldado até pelos avanços científicos e de prevenção. Isto foi algo bastante destacado nos debates e nas falas de ativistas. Para eles, independente de mudar a doutrina ou não, o mais importante (*o grande desafio*; a *batalha*) era, de fato, que os próprios ativistas "construíssem novas interpretações" e, assim, "convencer os doutrinadores" e os operadores do direito para "criarem interpretações mais favoráveis". Buscava-se produzir um direito ativista, respaldado em evidências científicas e biomédicas, a fim de embasar e convencer os *experts* da área jurídica.

Comparando os dois contextos que estou enfocando do ativismo de HIV/Aids, pode-se reparar que, na década de 1990, a instrumentalização biomédica dos ativistas voltava-se muito

mais à demanda do direito à saúde, ou seja, garantir o acesso concreto a remédios, terapias e exames diagnósticos eficazes, pois era a principal questão da época. Os ativistas biossociais foram os principais mediadores para o "grande público" mais afetado pela epidemia, enfrentando os impasses na implementação de políticas públicas de saúde. Quando a questão biomédica se "estabilizou", digamos, temos, então, um segundo contexto em que a criminalização da infecção do HIV emerge como problema mais sensível. Assim, os ativistas, muitos deles HIV+, começaram aos poucos a se familiarizar com o saber técnico-jurídico, alguns deles chegando até mesmo a se formar como advogados a fim de se instruir e respaldar sobre o saber jurídico. No passado do ativismo, foram os advogados HIV+ que tomavam iniciativa, mas a "luta" contra a criminalização de infecção do HIV passou a engajar mais enfaticamente os próprios ativistas HIV+, pois eles sabiam que estava em jogo a responsabilização penal e moral das pessoas com HIV, ou seja, eles mesmos poderiam ser responsabilizados por práticas da intimidade cuja decisão não entendiam ser de exclusividade de uma pessoa HIV+. Não se trata mais de um foco exclusivo ao direito à saúde como um direito aos fármacos e às políticas públicas de saúde, mas emergiu uma preocupação maior com a garantia plena de direitos às pessoas com HIV e o questionamento de qualquer tipo de criminalização, que pudesse atingir até pessoas ligadas ao movimento social. Seria paradoxal e potencialmente perigoso que um ativista HIV+ pudesse ser incriminado pela infecção de outra pessoa, o que seria visto como golpe objetivo na credibilidade pública e legitimidade ético-ideológica do ativismo biossocial de Aids.

É importante salientar que as trajetórias e práticas dos ativistas de HIV/Aids envolvem também a produção regular de discursos, documentos e uma produção textual e intelectual, aquilo que chamei de direito impuro e pode ser considerado como direito ativista (GUIMARÃES, 2011; 2014a; 2014b; PEREIRA; BELOQUI, 2014), cujo propósito e finalidade prática é suscitar uma certa pedagogia que pudesse embasar outras pessoas com

o saber jurídico. Para tanto, esta produção textual e audiovisual dependia, por um lado, das informações científicas, de documentos oficiais e governamentais (como a nota técnica do Ministério da Saúde) e, além deles, de uma pesquisa ativista (BASS *et al*., 2013), que permitiu, por exemplo, reunir um conjunto sistemático de dados sobre criminalização no Brasil, algo original feito a partir de ONGs Aids (em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre) e não exatamente originado na *academia*. Ao longo de vários anos, as relações e os diálogos contínuos entre os membros de ONGs asseguraram a produção e o acúmulo de saber e *expertise* específicos, um direito ativista. Deve-se salientar como esta rede de relações chegou a gerar trajetórias de vida híbridas, pessoas que eram, ao mesmo tempo, ativistas HIV+ e advogados, cuja produção intelectual e prática profissional se voltavam à "criminalização da infecção do HIV", o que lhes conferiu uma posição especial, uma autoridade discursiva, moralmente contundente e sensível, embora nem todos os advogados ligados a ONGs Aids que atuavam sobre a questão tivessem o status sorológico como marcador social de diferença e referente identitário.

Trata-se, portanto, de uma prática de mediação de caráter "pedagógico" ou, então, um "ativismo pedagógico" cuja *expertise* se produzia, muitas vezes, em razão da experiência pessoal, ou seja, da condição biológica do próprio ativista e, ao mesmo tempo, de sua ação política tanto pessoal como coletiva, com o propósito de sensibilizar, conscientizar e convencer, em primeiro lugar, os operadores do direito, juristas, parlamentares e, de modo geral, a sociedade, a respeito das implicações negativas da criminalização. Durante o "II Seminário Nacional para enfrentamento da discriminação, criminalização e violação de direitos no contexto de HIV e Aids", um ativista chegou a afirmar que era preciso mudar (*educar*): "esse tipo de juízo na cabeça de magistrados, de pessoas que ainda falam do soropositivo como um ser perigoso, que falam da Aids como uma doença letal, que relacionam Aids a morte, quando cientificamente tudo

corrobora para que isso não seja assim". Ou seja, como *educar*? Trata-se de uma pedagogia ativista pautada em uma racionalidade científica e biomédica sobre corpo, risco e saúde, mas apoiada em uma política dos afetos e das emoções. Nesse caso, as atividades organizadas (encontros, seminários, oficinas etc.), as práticas discursivas e a documentação textual acionavam um verdadeiro trabalho emocional, a sensibilização informada do poder público, das instâncias jurídicas e dos operadores de direito, sem contar os profissionais de saúde, também vistos como pouco familiarizados com o debate mais recente sobre risco e novas tecnologias de prevenção ao HIV/Aids: "[...] o nosso papel enquanto movimento social é *tentar diminuir esse intervalo*, esse buraco, e conseguir intervir, ir atrás, debater, discutir, enfrentar essa situação, exigir mais discussão entre os profissionais de saúde, que eles *também* aprendam, que isso também envolve estudo, envolve discussão e tem sido pouco o que tem sido feito"[27].

Assim, os seminários e eventos organizados tinham o propósito de contemplar uma pauta e uma prática de mediação sistemática. De algum modo, esta prática tem relação de continuidade com as atividades de certas ONGs de Aids, tal como a assessoria jurídica que etnografei. Na perspectiva dos ativistas, os eventos contribuem para suprir a "falta" de informação e conhecimento que um público leigo tem sobre a epidemia e as implicações sociais e políticas, além de morais, das mudanças na legislação. Mas não apenas aos "leigos", pois os eventos propõem informar, esclarecer e sensibilizar certos profissionais, mais particularmente os *experts* da área jurídica, a partir de uma outra *expertise*, o ativismo biossocial, que teria condições de articular melhor as relações entre saúde e direitos humanos, além de questionar ou *desconstruir o estigma* que a legislação e as práticas jurídicas podem causar. A ideia de *desconstruir estigmas* está presente no histórico institucional de importantes

27 Palavras de Veriano Terto (ABIA) no II Seminário Nacional para enfrentamento da discriminação, criminalização e violação de direitos no contexto de HIV e AIDS (26/10/2011).

ONGs Aids brasileiras, tal como ABIA, GIV e o Grupo Pela Vidda (Rio e Niterói), tendo em conta o caso da assessoria jurídica do GPV-RJ. De certo modo, a *expertise* ativista era afirmada a fim de questionar o preconceito e até a "ignorância" presente entre os juristas sobre as questões de saúde e HIV/Aids. Como eventos que potencializavam significados sobre o viver com HIV/Aids, a sensibilização de operadores do direito não se restringia ao debate e à discussão jurídica mais formal. Além dos documentos produzidos e circulados (livros, boletins, arquivos *powerpoint*) sobre justiça e direitos humanos em relação a Aids e saúde, os seminários podiam incluir atividades e performances culturais que tinham o mesmo propósito político de garantir informação e sensibilização[28].

Considerações finais

"Caminante, no hay puentes,
se hace puentes al andar".
(ANZALDÚA, 1983, p. v)[29].

28 No seminário de 2011, um esquete teatral foi encenado por dois membros do GTP+ de Recife, representando Lampião e Maria Bonita, usando um espelho como recurso cênico, e lançando a seguinte questão para os participantes do evento: "como você gostaria de ser tratado se tivesse HIV". Para um público que era composto em parte por ativistas, mas, além disso, por advogados, a estigmatização da Aids foi exposta por meio de uma encenação que buscava sensibilizar pessoas por meio de referências culturais regionais, tais como as do Nordeste, amplamente conhecidas por brasileiros, ou ainda privilegiar uma dimensão emocional ao se abordar a experiência de jovens vivendo com HIV, o que poderia atenuar os significados de culpabilização moral da infecção do HIV

29 A epígrafe de Gloria Anzaldúa faz parte de uma produção teórica específica dos feminismos, que está associada aos estudos culturais e literários chicanos/mestiços, mas ela sintetiza de certo modo o que meu artigo se propõe ao refletir sobre as práticas de mediação ativistas de HIV/Aids.

Ao longo do texto, foi possível perceber que os ativistas de HIV/Aids, enquanto *experts* e mediadores, estão em disputa, tensão e ambivalência, por outro lado, com os operadores de direito em relação à criminalização da infecção do HIV, sobretudo aqueles que defendem medidas mais punitivas e tipos penais específicos. É verdade que o movimento social está composto por advogados que atuam simultaneamente como profissionais da área jurídica e ativistas, vários deles HIV+ e, portanto, marcados socialmente por sua condição sorológica/biológica. Esse aspecto é importante para se entender as dinâmicas societárias em jogo, além da política de autoridade e representação que se apresenta no movimento social e que não deixa de pautar a legitimidade das práticas de mediação que estes ativistas desempenham. É oportuno pensar como existiu, concreta e metaforicamente, a construção histórica e política de pontes, caminhos, fronteiras, barreiras e lutas entre pessoas, coletividades e instituições no caso do HIV/Aids.

Deve-se salientar que as disputas expõem nitidamente um contraste na interpretação dos saberes, concepções e doutrinas jurídicas, o que nos permite dizer que há também disputa e contraste entre uma visão dominante, mais hermética, que encara o direito como saber *autossuficiente*, tal como explicou um advogado em um dos eventos, e outra visão mais plural do direito, que reconhece outros saberes e linhas de conhecimento, inclusive os que pautam o ativismo. Foi, assim, que cheguei a falar de um direito ativista e/ou um direito impuro, que mescla e hibridiza saberes e conhecimento específicos, tal como o que foi sendo singularizado historicamente no ativismo brasileiro de HIV/Aids e elaborou uma visão específica e articulada entre saúde, direitos humanos e cidadania. Ao contestar a alocação da responsabilidade pela infecção do HIV e, portanto, a alocação do *estigma* e do *preconceito*, que estaria subjacente à proposta de criação de leis específicas que criminalizam a infecção do HIV, o direito ativista constitui-se, então, como uma *doutrina contrária* à hegemônica no direito penal brasileiro. Na verdade, são modos e interpretações distintas do saber técnico-jurídico do direito, que embora tenham a tradição jurídica Ocidental

como base e pano de fundo, não deixam de mostrar singularização, contrastando uma visão e prática mais tecnicista, formal e "pura" do direito a outra visão permeada por uma ênfase mais cultural e política da epidemia, desmanchando a pureza formal do direito. É nesse sentido que as práticas de mediação de ativistas de HIV/Aids dependem de fluxos de significado e articulação entre múltiplos saberes e conhecimentos, inclusive o científico/biomédico, por meio dos quais se legitima e respalda suas posições e sua informação mediada.

Este é um ponto importante por meio do qual se percebe como o saber ativista/*expert* passou a se instrumentalizar em termos de uma convergência interpretativa do saber jurídico, sobretudo de um conhecimento do código penal, e do saber científico acumulado sobre HIV/Aids, a fim de rejeitar as teses favoráveis à criminalização do HIV. Enquanto agentes governamentais, pessoas ligadas ao Ministério da Saúde, sobretudo aqueles de formação médica, eram também chamados a se posicionar sobre o assunto nos eventos ativistas que estou tratando. Eles acabam reforçando o argumento científico e biomédico de que a terapia antirretroviral, assegurada pela distribuição gratuita de remédios por parte do Estado brasileiro, reduz drasticamente os riscos de infecção por parte de uma pessoa HIV+. Além da emissão de notas técnicas sobre o assunto, estes agentes governamentais salientavam que havia evidência de que a carga viral (HIV) indetectável reduz a infecção viral, embora não a eliminasse. De algum modo, uma rede de relações se constituiu ou se reforçou entre pessoas e também ideias, instituindo as bases de práticas de mediação que pudessem se contrapor à criminalização. Para tanto, estes saberes locais, "impuros", mas *experts*, passam a ser importantes para instrumentalizar os operadores do direito que serão os responsáveis por acusar, defender e julgar as eventuais ações judiciais.

Todavia, trata-se igualmente de uma disputa entre moralidades e o significado da responsabilidade, que se inscrevem em uma política dos vivos, pois o debate e as iniciativas a favor ou contra a criminalização da infecção do HIV se apoiam em

uma economia moral a respeito dos atos, intencionalidades e os eventuais riscos e ameaças que certas pessoas – as que têm um status sorológico específico (HIV+) – podem provocar em outras. Fica evidente que as acusações morais se apresentam de modo central no debate sobre a criminalização da infecção do HIV. Isso mostra que a sexualidade das pessoas *vivendo com HIV/Aids,* em todos os aspectos da intimidade interpessoal, acaba sendo um foco sensível de judicialização, em que mediadores e outros agentes passam a disputar posições e significados específicos sobre moralidade, saúde e justiça. Trata-se, portanto, de uma questão central da disputa a respeito das moralidades, o que indica o caráter sensível que envolve as práticas de intimidade e da sexualidade das pessoas, marcadas por diferenças sociais definidas por status sorológico e/ou condição biológica. Assim, apoiado também em *evidências científicas*, o ativismo biossocial de Aids apresenta nuances em relação ao risco de infecção do HIV, além de mostrar a necessidade de se pensar, muitas vezes, em uma *responsabilidade compartilhada* quando lidamos com a sexualidade, em especial nas práticas sexuais consensuais.

Estamos considerando, então, a estreita relação entre "regras" e "valores" sociais, mostrando como esses seriam suficientemente amplos e abertos a diversas interpretações, tais como as que se apresentam entre os que "produzem" leis, os operadores do direito e os ativistas de HIV/Aids, agindo como mediadores entre pessoas com HIV/Aids e o nível das instituições judiciárias, mas também políticas, em diversas escalas. Ao organizarem eventos e produzirem textos e documentação, são as organizações e os ativistas do ativismo de HIV/Aids que têm condições sociais e políticas efetivas bem como estratégicas de negociar, contestar e propor outros argumentos a respeito da criminalização da infecção do HIV, portanto atuando como mediadores e *experts* biossociais, qual seja, aqueles que controlam e conhecem discursos autorizados sobre saúde e sua relação com os direitos humanos[30].

30 "ameaça que pesa sobre a vida física se torna sua razão política de viver" (2012, p. 384).

Referências

ABIA. Sonia Corrêa afirma que a criminalização da transmissão do HIV se sobrepõe a outras estratégias na resposta à epidemia. 6 mar. 2015. Disponível em: <http://abiaids.org.br/sonia-correa-a-firma-que-a-criminalizacao-da-transmissao-do-hiv-se-sobrepoe-a-outras-estrategias-na-resposta-a-epidemia/28177>. Acesso em: 1 nov. 2016.

ANZALDÚA, G. Foreword to the second edition. In: MORAGA, C.; ANZALDÚA, G. (Ed.). *This bridge called my back*: writings by radical women of color. Nova Iorque: Kitchen Table, 1983.

ASSUMPÇÃO, L. L. *A invenção das ONGs:* do serviço invisível à profissão sem nome. 1993. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BASS, E. *et al*. Citizen scientists and activist researchers: building and sustaining HIV prevention research advocacy in the 'era of evidence'. In: SMITH, R. (Ed.). *Global HIV/AIDS politics, policy, and activism*: activism and community mobilization. Santa Barbara: Praeger, 2013.

BASTOS, C. *Global responses to AIDS:* science in emergency. Bloomington: Indiana University Press, 1999.

BECKER, H. S. *Outsiders:* estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BEZERRA, M. O. *Em nome das "bases"*: política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: Relume Dumará/NuAP, 1999.

BIEHL, J. G. *Will to live:* AIDS therapies and the politics of survival. Princeton: Princeton University Press, 2007.

BIEHL, J. G.; PETRYNA, Adriana. Bodies of Rights and Therapeutic Markets. *Social Research*, v. 78, n. 2, p. 359-386, 2011.

BUTLER, J. *Precarious life:* the power of mourning and violence. Nova Iorque: Verso, 2004.

CAMERON, E. Criminalization of HIV transmission: poor public health policy. *HIV/AIDS Policy Law Review*, v. 14, n. 2, p. 63-75, 2009.

CARRICABURU, D. L'Association Française des Hémophiles face au danger de contamination par le virus du sida: stratégie de normalisation de la maladie et définition collective du risqué. *Sciences sociales et santé*, v. 11, n. 3-4, p. 55-81, 1993.

CLATTS, M.; MUTCHLER, K. AIDS and the dangerous other: metaphors of sex and deviance in the representation of disease. *Medical Anthropology*, v. 10, p. 105-114, 1989.

DANIEL, H. *Vida antes da morte.* Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

DINIZ, D. *Zika:* do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DODDS, C. et al. Griveous harm: use of the person act 1861 for sexual transmission of HIV. Briefing Paper. Sigma Research, 2005. Disponível em: http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/reports05b.pdf// Acesso em: 20 abr. 2016.

EPSTEIN, S. *Impure science:* AIDS, activism, and the politics of knowledge. Berkeley: University of California Press, 1996.

FARMER, P. *AIDS and accusation:* Haiti and the geography of blame. Berkeley: University of California Press, 1992.

FASSIN, D. *When bodies remember*: experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: The University of California Press, 2007.

FASSIN, D. Another politics of life is possible. *Theory, Culture and Society*, v. 26, n. 5, p. 44-60, 2009.

FASSIN, D. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (Org.). *Antropologia médica*: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FISCHER, W. F. Doing good? the politics and antipolitics of NGO practices. *Annual Review of Anthropology*, v. 26, p. 439-464, 1997.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Editora 34, 2000.

GLUCKMAN, M. Introduction. In: ____ (Ed.). *The allocation of responsibility*. Manchester: Manchester University Press, 1972.

GRACE, D.; MCCASKELL, T. We are not criminals: activists addressing the criminalization of HIV nondisclosure in Canada. In:

SMITH, R. (Ed.). *Global HIV/AIDS politics, policy, and activism:* activism and community mobilization. Santa Barbara: Praeger, 2013.

GREGORI, M. F. *Cenas e queixas:* um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GRUPO PELA VIDDA. *Direitos das Pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Miriam Ventura da Silva (Coord). Rio de Janeiro: Grupo Pela Vidda, 1993.

GUIMARÃES, M. *HIV/AIDS não é sentença de morte:* uma análise crítica sobre a tendência à criminalização da exposição sexual e transmissão sexual do HIV no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. (Cidadania e Direitos)

GUIMARÃES, M. S. Crime de exposição e transmissão sexual do HIV em relações consentidas. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, n. 4013, 2014a. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/28431>. Acesso em: 6 dez. 2016.

GUIMARÃES, Marclei da S. *A responsabilidade penal pela exposição sexual ou transmissão sexual do HIV em relações sexuais consentidas no Brasil:* lei, doutrina e jurisprudência. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2014b.

HERDT, G. (Ed.). *Moral panic, sex panics:* fear and the fight of sexual rights. Nova Iorque: New York University Press, 2009.

LATOUR, B. *Reagregando o social:* uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EdUFBA; Bauru: EDUSC, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE-Brasil. Nota Técnica n. 350/2009. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 27 nov. 2009.

MOTT, L. A transmissão dolosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira. *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, n. 32, p. 157-174, 2002.

MYKHALOVSKIY, E. The problem of significant risk: exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure. *Social Science and Medicine*, v. 73, n. 5, p. 668-675, 2011.

PARKER, R. *A construção da solidariedade:* AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; IMS-UERJ; Relume Dumará, 1994.

PARKER, R. 2016. AIDS, 35 anos depois. *Carta Capital*, 9 dez. 2016. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/aids-35-anos-depois>. Acesso em: 20 dez. 2016.

PEIRANO, M. A análise antropológica de rituais. In: ___ (Org.). *O dito e o feito:* ensaios de Antropologia dos Rituais. Rio de Janeiro: Relume Dumará; NuAP, 2001.

PEREIRA, C. R.; MONTEIRO, S. S. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n.4, p. 1185-1205, 2015.

PEREIRA, C.; BELOQUI, J. Breve estudo a respeito da criminalização da transmissão do HIV/AIDS nas relações consensuais. In:_____. *Criminalização e exclusão social*. São Paulo: Publicação GIV (Grupo de Incentivo a Vida), 2014.

PINTO, A. P. Culpabilização ou co-responsabilidade: responsabilização na não-declaração da sorologia a/ao parceira/o sexual. 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf. Acesso em: 01 out. 2016.

RABINOW, P. Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: ____. *Essays on the anthropology of reason*. Princeton: Princeton University Press, 1996. p. 91-111.

RABINOW, P. *French DNA*: trouble in purgatory. Chicago: The Chicago University Press, 1999.

RACE, K. Framing responsibility: HIV, Biomedical prevention, and the performativity of the law. *Bioethical Inquiry* , v. 9, p. 327-338, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Nota Técnica. 16 jul. 2009

SILVA, C. C. da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p.129-139, 1998.

SILVA, C. L. Câmara da. *Ativismo, ajuda mutual e assistência:* a atuação das organizações não-governamentais na luta contra a Aids.

1999. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SIMMEL, G. The triad. In: Wolff, Kurt H. (Org.). *The sociology of Georg Simmel*. Glencoe: The Free Press, 1950.

SIMMEL, G. A tríade. In: COELHO, M. C.(Org.). *Estudos sobre interação:* textos escolhidos. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013.

SMITH, R. (Ed.). *Global HIV/AIDS politics, policy, and activism:* activism and community mobilization. Santa Barbara: Praeger, 2013.

SOUZA, H. de. *A cura da Aids*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

TEIXEIRA, Carla Costa. Pesquisadores, parceiros e mediadores políticos. In: *Anuário Antropológico 2002/2003*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004. p. 351-374.

UNAIDS. Nota Técnica sobre o projeto de lei 198/2015 que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS". 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/02/2015_03_31_PR_NTUNAIDS_Projeto-de-Lei-198_2015.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

VALLE, C. G. do. *The making of people living with HIV and AIDS:* identities, illness and social organization in Rio de Janeiro*, Brazil*. 2000. Tese (Doutorado), University of London, Londres, 2000.

VALLE, C. G. do. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS, *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 8, p. 179-210, 2002.

VALLE, C. G. do. Apropriações, conflitos e negociações de gênero, classe e sorologia: etnografando situações e performances no mundo social do HIV/AIDS (Rio de Janeiro). *Revista de Antropologia*, v. 51, n. 2, p. 651-698, 2008.

VALLE, C. G. do. From dissidence to partnership and back to confrontation again? The current predicament of Brazilian HIV/Aids activism. In: Smith, Raymond (ed.), *Global HIV/Aids activism, politics, and policy:* persistent challenges and emerging issues. Santa Barbara: Praeger, 2013. p. 287-310.

VALLE, C. G. do. Biosocial Activism, Identities, and Citizenship: Making up "people living with HIV and AIDS" in Brazil. *Vibrant*, Florianópolis, v. 12, p. 27-70, 2015.

VALLE, C. G. do. Política, identidades e cidadania: a sociogênese e os impasses do ativismo biossocial de HIV/AIDS no Brasil. In: SACRAMENTO, Octavio; BESSA-RIBEIRO, Fernando (Org.). *Planeta SIDA:* diversidade, política e respostas sociais. Vila Nova de Famalicão: Edições Humus, 2016.

VALLE, C. G.; SIMÕES, J. A. Apresentação. Dossiê Diversidade sexual e de gênero, memórias e envelhecimento. *Revista Bagoas*, n. 13, p. 17-30, 2015.

VENTURA, M. O pela VIDDA pela Justiça. *Boletim Pela VIDDA*. 9. Rio de Janeiro. 1991.

VENTURA, M. Justiça, conquista coletiva. *Boletim Pela VIDDA*, 22. Rio de Janeiro. 1995.

WEAIT, M. *Intimacy and Responsibility:* the criminalisation of HIV transmission. Londres: Routledge-Cavendish, 2007.

WOLF, E. R. Aspectos das relações de grupos em uma sociedade complexa: Mexico. In: FELDMAN-BIANCO, B.; RIBEIRO, G. L. (Org.). *Antropologia e poder:* contribuições de Eric R. Wolf. Brasília: Editora da UnB, 2003.

CAPÍTULO 2
ESTADOS NACIONAIS, GERAÇÕES DE MULHERES E POLÍTICAS DO PARIR:
ANALOGIAS E MEDIAÇÕES ENTRE BRASIL E ESPANHA

Rosamaria Carneiro

Antes das (his)estórias

Durante a realização de minha etnografia entre mulheres de camadas médias adeptas do parto humanizado em São Paulo (2008-2011), procurando compreender os motivos de suas escolhas por um parto sem intervenções médicas, noções de pessoa, conjugalidade, sexualidade, corpo, feminino e feminismo, entre tantos outros pontos, tive a oportunidade de passar um período na Espanha, em Barcelona, em um grupo de pesquisa feminista dedicado aos estudos sobre a maternidade e "feminismo da diferença sexual", o *Duoda Rercecca de Donne*. Uma vez no grupo, com o intuito de compreender como a maternidade e o parto eram teoricamente apreendidos por esse viés do feminismo em especial, fui apresentada a parteiras, ali chamadas de *comadronas,* que assistiam partos naturais ou *respetuosos*, analogamente semelhantes aos partos humanizados que tematizava em minha pesquisa no Brasil. Diante dessa possibilidade, acompanhei o cotidiano de uma dessas parteiras, entre consultas com casais, de pré-natal e de pós-parto, estórias de parto e condução de

grupos de preparo para o "parto mais natural" (CARNEIRO, 2015). Estivemos juntas por um tempo em 2010, durante o verão espanhol, temporada em que, ao observar o cotidiano de suas práticas de cuidado, pude também saber e refletir sobre as características e anseios dos casais que procuravam o parto sem intervenção naquela cultura, seus desejos, ideias e premissas; mapeando, assim, tanto a realidade do grupo de *comadronas*, como a prática e estória de vida de cada uma delas e, por último, também daquelas e daqueles que buscavam esse outro modelo de parto, em um país, assim como o Brasil, também marcadamente "cesarista", ou seja, com um vasto número de partos cirúrgicos.

Em São Paulo, circulei por rodas de parto natural ou humanizado, entrevistei mulheres na gestação, assisti partos e depois as reencontrei no pós-parto, observei o cotidiano de grupos de profissionais que se dispunham a esse outro modelo, que não o da intervenção, em encontros preparatórios para o parto e durante o parto, bem como seminários específicos sobre o assunto e uma lista de e-mails que virtualmente o tematizavam. Essa pesquisa aconteceu em bairros de camadas médias e em espaços de cuidado e de lazer que poderiam ser tidos como de circulação de um grupo de mesma camada: de raça branca, conectados à internet, na casa dos 30 anos e adepto de estratégias suaves de cuidado, ou seja, com o menor nível de intervenções médica e farmacológicas possíveis. Vale dizer que no Brasil outros dois estudos antropológicos foram empreendidos sobre esses grupos no começo dos anos 2000, o de Tornquist (2004), que abordou a interface entre feminismos e poder no parto natural e toda a ideia que essa expressão carrega nesses grupamentos, e o de Souza (2005) que etnografou as experiências de parto em casa na cidade de Florianópolis, pensando-o como evento, drama e performance.

Em Barcelona, similarmente, circulei por Grácia, também um bairro de camada média considerado alternativo, de adeptos de um estilo de vida mais natural, do produzido por profissionais

liberais e, de modo geral, crítico a uma vida consumista. Uma zona considerada jovem e agitada culturalmente na cidade. Por ali também presenciei rodas de preparo para o parto sem intervenções médicas, os cuidados dos profissionais e tive a oportunidade de entrevistar algumas parteiras do grupo em que fui inserida, posto que a cooperativa ali se localizava. Muitas me pareciam ser, portanto, as semelhanças entre os casais encontrados aqui e os de lá, bem como entre as rodas de debate e preparo para o parto e, em alguns aspectos, as práticas das profissionais do cuidado. Dessa maneira, ainda que o meu propósito inicial não tenha sido realizar uma comparação, as estórias se aproximavam e se assemelhavam não somente entre as duas sociedades, mas também lá entre mulheres de gerações diferentes.

Nesse sentido, a ideia nesse momento é justamente explorar de que modos essas estórias de parto de mulheres espanholas poderiam ser pensadas à luz da história nacional passada e de tudo o que ela pode significar nas cenas de parto. Para tanto, me dedicarei à análise de uma passagem de campo específica e extremamente frutífera para pensarmos Estado, geração, história e Antropologia. Um verdadeiro nó a partir do qual tentarei puxar linhas de costura para narrativas que parecem enredar o gerar, o parir e o maternar a outros tantos processos de vida, pouco ou quase não tematizados.

A placa metálica

A primeira cena da estória que me foi contada em Barcelona, em junho de 2010, era composta por uma mulher dando à luz, sua *comadrona* e o marido. Mas quem me contava era a *comadrona* Pepe, que acompanhei durante dois meses, enquanto estive na cidade realizando parte de uma pesquisa mais ampla sobre os modos de nascer e de parir no Brasil.

Estávamos na sala de consulta do que é uma cooperativa de profissionais para o parto natural. Estávamos no presente, mas Pepe me contava a estória de uma mulher que nos remontava aos tempos anteriores e a uma outra Espanha. Não que sua protagonista tivesse vivido numa época longínqua; mas sua mãe, sim: havia parido três décadas antes.

Pepe então me contava que uma mulher na casa dos 30 anos havia optado por um parto domiciliar na Barcelona atual. Para tanto, havia feito o pré-natal na cooperativa em que trabalha como *comadrona* e contratado os seus serviços. Quanto a isso, parece-me digno de nota que a *comadrona* na Espanha poderia ser analogamente pensada como a enfermeira com especialização em obstetrícia no Brasil. Sendo assim, figura como profissional de saúde formada conforme os ditames ditos modernos e científicos e, assim, como uma parteira diferente das que adquirem o conhecimento de maneira empírica e de geração para geração, apressada e indigestamente denominadas no Brasil de parteiras "tradicionais" (FLEISCHER, 2011) ou populares.

Havia chegado o momento de tal jovem mulher dar à luz, Pepe estava ali e no centro da sala havia uma banheira com água, na qual se encontrava imersa a parturiente. O trabalho de parto já se encontrava avançado, entre contrações que ritmavam; quando, repentinamente, a parturiente passou a pedir à *comadrona* e ao seu marido que retirassem a placa metálica que se encontrava debaixo de suas costas, ou seja, na qual estava apoiada.

Água havia, mas placa metálica, não. Pepe e tampouco o marido, presentes na cena, pareciam enxergá-la. Porém, mesmo diante de inúmeras alegações de que não havia tal placa, a mulher seguia sustentando sua existência. E para tanto, dizia senti-la. Dessa maneira, sensações corpóreas se faziam presentes, ainda que o marido e Pepe não constatassem a sua razão. Diante de tamanha movimentação, o trabalho de parto cessou e Pepe não sabia ao certo o que pensar e nem como agir.

Sem querer contradizer a parturiente e, dessa forma, causar um transtorno ainda maior, contou-me que tratou de escutá-la a fim de entender o que se passava. Passado certo tempo e certamente mediante uma negociação maior, a *comadrona* começou a me explicar, em suas palavras, como pôde compreender o que acontecia e o que havia pensado mais genericamente acerca da Espanha, do Estado e das políticas de cuidado ao longo da história a partir dessa experiência.

Segundo Pepe, uma mulher na casa de 55/60 anos, a parturiente dessa cena havia nascido no período franquista[31] nos idos de 1970, e essa teria sido uma fase de partos realizados com a famosa *pentotal*, similar à anestesia epidural no Brasil e que paralisa o corpo das pernas para baixo. Na Espanha da época, a administração da *pentotal* era feita com o uso de uma placa metálica debaixo do corpo das mulheres, para que se mantivessem na mesma posição e para que se evitassem choques ou descargas elétricas provenientes das máquinas que realizavam o monitoramento cardíaco fetal e materno. Na interpretação de Pepe, portanto, a mãe daquela mulher que estava parindo havia tido uma cesárea com o uso da *pentotal* e, por essa razão, sua filha carregava o que, em suas palavras, seria um trauma entranhado ou no que me disse ser a *memória celular* – motivo pelo qual a mulher, então, sentia a placa, como acontecera com sua mãe enquanto nascia.

31 Francisco Franco governou a Espanha entre 1939 e 1976. Sua chegada ao governo deu-se pelo Movimento Nacional Espanhol. Durante a II GM, o regime esteve aliado a Hitler e Mussolini. Entre críticas, no pós-guerra, experimentou-se um aumento da capacidade econômica, mas não em termos de liberdade de expressão, política e direitos individuais. Essa fase ficou conhecida como "desenvolvimentista", mas também autoritária. Vale dizer que esse governo contou com sólida base católica e anticomunista, marcadamente nacionalista e que hoje é duramente criticado pela Organização das Nações Unidas por suas violações aos Direitos Humanos.

Na leitura de Pepe e de outra *comadrona* da mesma cooperativa, Helena, com quem depois pude conversar em outras tantas situações, as gestantes e parturientes dos anos 2000 seriam "mais medrosas" do que as mulheres espanholas de outrora e isso se deveria justamente ao fato de já terem nascido "anestesiadas" em seus corpos e crenças pessoais. Essa geração seria, em suas palavras, "la generación de las hijas de la pentotal" ou de "las hijas del biberon", geração que fez uso da mamadeira ao invés de ser aleitada pelo peito materno. E assim, em linhas gerais, seriam as mulheres que nasceram no período franquista, mediante cesárea, que teriam usado mamadeira e que seriam as filhas das mulheres que acreditaram que tais práticas eram sinônimos de segurança e de modernidade.

Essa era a explicação que as *comadronas* me apresentavam para o que havia acontecido no parto da mulher e com a tal placa metálica: o pedaço de ferro gelado sentido pela parturiente atual teria sido, nesse registro de interpretação, a placa usada por/em sua mãe, 30 anos atrás, enquanto nascia. A questão era que essa mulher tinha medo, mas queria parir vaginalmente e, para isso, nos dizeres de Pepe, precisava naquele exato momento libertar-se da tal placa; que visualmente não existia, mas transgeracionalmente estava ali, nas linhas de sua "memória celular".

Do outro lado do mar

O bonito e muito interessante é que, do outro lado do Atlântico, no interior do estado de São Paulo, o que neste capítulo pretendo explorar como transgeracionalidade, políticas de Estado e mediações simbólico-explicativas, também aparecia em minha pesquisa sobre experiências femininas de parto na atualidade (CARNEIRO, 2015), aqui já brevemente mencionada, como o que dava sentido e inteligibilidade às experiências de partos mais naturais praticadas na contemporaneidade. Para pensar sobre isso, recorrerei a um caso em especial.

Um ano antes de viajar para a Espanha, por meio de trocas de e-mails, encontros pessoais para entrevistas e observação do grupo de preparo para o parto natural paulista no qual realizei minha etnografia, conheci Fernanda, uma mulher de 30 anos que havia parido em casa. Diante de seu aceite em me contar sua estória de vida, nos encontramos para conversar em sua casa, onde sua filha havia nascido um ano antes. Fernanda, assim como a mulher da estória de Pepe, deu à luz em uma banheira improvisada e também acompanhada de uma parteira. Em seu caso, uma enfermeira obstétrica bastante conhecida no cenário paulista do movimento do parto humanizado. As estórias muito se assemelhavam.

No Brasil, contamos com a figura das enfermeiras obstétricas, que são mulheres graduadas em Enfermagem e depois especialistas em enfermagem obstétrica. Elas têm atuado cada vez com mais força e independência nas cenas de parto humanizado. Algo novo, já que, aqui, o médico sempre tivera destaque nesses ambientes, conduzindo os nascimentos. As "EOs", como são conhecidas, têm uma prática de atenção voltada às gestações de "baixo risco" e têm assistido partos em casa, recorrendo tanto aos conhecimentos científicos quanto a outras técnicas de suavizo da dor, os ditos "mais naturais". O trabalho das EOs é sempre remunerado e acontece durante o pré-natal, parto e pós-parto. Essas seriam as "parteiras urbanas", bastante semelhantes às espanholas, ainda que bem mais submissas aos médicos e seus ditames. Para além delas, entretanto, temos as parteiras tradicionais, mulheres que aprendem a "pegar menino" com suas mães, amigas e avós, pela arte de saber-fazer e mais recentemente as obstetrizes – mulheres já graduadas para assistirem partos, formadas somente pela Universidade de São Paulo atualmente. Quanto a elas, vale ainda mencionar que outrora tal curso já existira, mas que fora fechado quando da migração dos partos para o hospital, tendo sido, portanto, reativado há uma década. São, assim, como as "EOs", parteiras urbanas com formação científica.

Fernanda não era uma mulher vegetariana e procurava a alopatia caso fosse necessário. Longe de ter diretrizes muito rígidas quanto ao seu estilo e condução de vida parecia circular entre ideários e perspectivas de mundo plurais e pouco dogmáticas. Uma jornalista dedicada aos estudos sobre política, que não se considerava feminista, jogava capoeira e vivia com seu companheiro há dois anos. Quando se descobriu grávida, contou-me logo ter pensado em ter um parto natural, mas, curiosamente, não tanto por suas escolhas pessoais, mas por conta de sua mãe. Segundo suas palavras, "porque minha mãe, quando grávida de mim, tentou e não conseguiu. Ficou muito decepcionada. Por isso, quero tentar dar isso a ela" (NOTAS DE CAMPO, 2008-2010).

E assim parece ter sido. Na cena de seu parto, a mãe, na casa dos 50 anos, esteve presente todo o tempo. O propósito de Fernanda era que a mãe vivesse, por meio de seu parto, aquilo que não havia vivido anteriormente; como se, assim, existisse uma "dívida simbólica" (CARNEIRO, 2015). O parto de Fernanda, então, era/foi para sua mãe. Dedicado a ela. Era para a mãe assistir e viver, de modo que pudesse reviver em seu corpo, 30 anos depois, o que o corpo de sua filha então sentiria parindo vaginalmente; tornando-se sua extensão extrauterina. Essa mãe, sim, era naturalista e vegetariana, tratava-se somente com homeopatia e terapias alternativas, talvez mais na linha do encontrado por Tornquist (2004) e por Souza (2005) em suas pesquisas sobre casais grávidos adeptos do parto natural em Florianópolis. Dessa forma, o *ethos* do "mais natural" ou ainda considerado "alternativo" dava contornos ao seu estilo de vida, em uma valorização da ideia de natureza e de experiência, tematizados por Duarte (1994; 1998) ao discorrer sobre o neorromantismo contemporâneo entre "camadas médias psicologizadas". Na realidade, o antropólogo aponta para esse fenômeno entre as camadas médias brasileiras, assim como Russo (2012), também inspirada em Campbell (2001), o faz ao partir da noção de "orientalização do Ocidente" para pensar

a coexistência de visões biologizantes com visões naturais de cuidado (homeopatia, fitoterapia, acupuntura, florais etc.),

No artigo "A orientalização do Ocidente", Campbell (2001) argumenta que estamos assistindo ao surgimento de uma nova teodiceia – em substituição àquela tradicionalmente considerada como típica do Ocidente (baseada na religiosidade judaico-cristã) –, que poderia ser propriamente designada como "oriental". Essa nova teodiceia nada tem a ver com a importação de ideologias orientais (embora acabe por incentivá-la), mas com a triunfo de uma vertente não hegemônica da própria cultura ocidental – a vertente romântica. Campbell pinça vários dos elementos que compõem o fenômeno da "nova era", tais como a ecologia e o vegetarianismo, para apoiar seu argumento. Uma das características básicas da nova teodiceia seria o abandono da tradicional visão dualista do homem e do mundo, em favor de uma visão unitária. Esta, por sua vez, estaria na raiz de uma concepção vitalista de natureza, com o consequente abandono do mecanicismo racionalista, à qual somam-se as críticas ao progresso tecnológico e a nítida tendência a um *holismo* que enfatiza as singularidades. O caráter neorromântico de uma tal teodiceia é inegável.

Fernanda deu à luz em casa, com a mãe ao lado acompanhando tudo. Experimentou um parto sem intervenções médicas e farmacológicas. A mulher espanhola da estória de Pepe também deu à luz em casa e em que pese a ausência física de sua mãe, na elaboração de sua *comadrona* estiveram conectadas todo o tempo pela "memória celular". Em outras palavras, duas estórias, quatro mulheres, duas culturas, dois Estados, dois períodos político-econômicos, mas também um fio condutor que parece atravessar e dar sentido a uma teia de possíveis relações: a transgeracionalidade ou ideia de "dívida simbólica" entre tais mulheres e a sua relação com modelos temporais de Estado e de práticas de cuidado. No entanto, ainda assim, com diferenças marcadas entre um cenário e outro: no primeiro caso, como

um aspecto que quase impede o trabalho de parto da referida mulher e, assim, diferencia gerações de mulheres, a de sua mãe e a dela. Mas no segundo, como o fio que impulsiona uma decisão de parto e, bem contrariamente, aproxima gerações de mulheres por meio de suas experiências reprodutivas.

Dessa forma, ainda que se tenha notícia, pelo senso comum e por meio de publicações científicas, acerca da importância da percepção social de parto que as mulheres (mãe, amigas, tias, vizinhas e assim sucessivamente) transmitem umas às outras quando estão grávidas, tanto no sentido de incentivar como de desconstruir o desejo de um parto vaginal, nessa oportunidade, o propósito central será pensar essa relação entre mulheres e sobre a parteira como mediadora de tempo, estórias, histórias e políticas de Estado.

Ao longo do texto a discussão sobre a parteira como mediadora de sensações, de histórias e de cuidados ganhará peso, por isso deixarei as próximas páginas falarem por si só. Já com relação à ideia de políticas de Estado e modelos de Estado, creio valer a pena uma discussão mais conceitual, que sinalize ao leitor o que se pensará como tal nesse trabalho, para que se possa compreender as relações tematizadas a partir de tanto. Recorrendo aos estudos organizados por Shore e Wright (1997), que ampliam o que se entende como campo de antropologia política a partir do debate sobre noção de políticas depois do pós-guerra, deparamo-nos com um arcabouço teórico que nos inspira e instiga a escrever. Desse modo, para refletir sobre modelos e políticas de Estado partiremos da premissa de que as políticas estão em todas as áreas da vida humana e que as pessoas são classificadas de acordo com suas linhas. Para os autores, as políticas poderiam ser tematizadas como linguagem e poder; como tecnologia política que gera governamentalidade ou como um agente cultural (SHORE; WRIGHT, p. 4). Mas muito mais, para além de codificarem normas e condutas, podem articular princípios sociais que acabam moldando modelos

de sociedade, o que nesse artigo entenderemos por modelos de Estado (p. 7), talvez por poderem ser, em última instância, consideradas, em uma acepção maussiana, um "fato social total". Posto desse modo, desenham coletivos, mas também operam na delimitação do eu, de sua configuração e presença, atuando, portanto, não somente coletivamente mas também nos processos de sujeição e subjetivação. Diante de todas essas ideias, constata-se a influência do pensamento foucaultiano naquilo que aqui virá no registro das políticas e dos modelos de Estado. As políticas devem, por consequência, ser entendidas como estratégias de controle das subjetividades e de existências muito mais amplas do que uma leitura pragmática do conceito. Seriam, portanto, a materialidade de práticas de governo, que, por sua vez, a depender de seu conteúdo, delimitam modelos de Estado com características singulares.

O Brasil da mãe de Fernanda

Mércia, que, quando nos conhecemos, em 2008, contava com 50 anos, parece ter parido antes de seus 30 anos e também experimentado o princípio do regime militar no Brasil (1964-1985). Naturalista, apresentava características de uma mulher que havia tomado contato com o "movimento da contracultura" na sociedade brasileira. Sobre a época em que pariu, em um sentido mais macroestrutural, pode-se dizer que foi caracterizada por um nacionalismo político aliado a uma aposta de desenvolvimentismo econômico, tendo sido inclusive alcunhada de "milagre econômico", por conta do crescimento do Produto Interno Bruto entre 1968 e 1973, de investimentos na indústria pesada, como as siderúrgicas e de bens de capital, bem como de exportações e de crédito ao consumidor. Se assim se desenhava economicamente, política e socialmente parece ter sido uma fase de escancarada concentração de renda, violação dos direitos humanos e cerceamento das liberdades individuais.

Segundo Diniz (1996), que mapeou historicamente a progressiva instalação da cesárea como modelo de assistência ao parto no Brasil, a "cirurgificação" e "secularização" dos partos, concomitantes à migração do parto em casa para o parto no hospital, teria se dado com mais intensidade nesse mesmo marco temporal, durante a década de 1970. Dessa forma, com o pano de fundo de um Estado amparado na ideologia do progresso e do desenvolvimento, constatou-se também o incremento da cesárea como "parto moderno e mais seguro". É evidente, no entanto, como bem recupera a autora, que esse processo não foi unânime e tampouco automático, já que muitas resistências femininas se fizeram sentir no que denominou de o fenômeno das "enfermarias vazias". Conforme os seus argumentos, as mulheres aderiram ao parto médico hospitalar, mas também se recusavam, por medo da febre puerperal e pudor dos corpos, preferindo, ainda assim, as parteiras, curiosas, rezadeiras, comadres. Em que pese tais resistências, nascia com fôlego, entretanto, a premissa de que a técnica inspirava confiança e avanço científico.

Esse modelo de atenção ao parto, ainda insurgente na época de Mércia, foi classificado por Davis-Floyd (2009) como "tecnocrático-hospitalar", ou seja, lastreado pela técnica, separação mente/corpo e instrumentalização das cenas de nascimento. Enquanto proposta de atenção e cuidado com o nascimento foi bem aceita até fins dos anos de 1980, quando passou a ser criticada em razão das cesáreas em demasia. Esse movimento de crítica à obstetrícia brasileira, que cresceu e tem conquistado paulatinamente adeptas e adeptos nas últimas três décadas, teve o seu começo pelas vias dos movimentos feministas, sob o slogan de "meu corpo me pertence" e da noção de integralidade da saúde da mulher, bem como dos movimentos pela saúde, como a da Reforma Sanitária. Duas frentes de ação que certamente contribuíram para o desenho do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (DINIZ, 1996; CARNEIRO, 2015).

Esse seria um breve cenário da assistência ao parto da época da mãe de Fernanda, de quando Mércia pariu. Vale dizer que, nessa fase, já existiam os adeptos do "parto sem dor", pensado pelos médicos franceses que escreveram nos anos de 1950 e 1960, Lamaze e Leboyer, mas que essas práticas eram ainda isoladas e inscritas no cotidiano dos adeptos de um estilo de vida "mais natural". Mércia talvez se situasse entre tais grupos de indivíduos, mas grande parte da população aderira à ideia da cesárea, que em alguma medida se tornou uma prática oficial de cuidado, já chancelada pela perspectiva do desenvolvimentismo do modelo de Estado brasileiro da época.

Essa relação entre a prática médica ou medicina e as políticas de Estado, como pontuou Foucault (1993), em "O nascimento da medicina social", pôde contar com nítida articulação, funcionando a primeira como baliza do segundo. Não é à toa que, em tal pequeno texto, Foucault traça a genealogia das relações entre a medicina inglesa e a saúde dos trabalhadores no século 19, quando o que interessava ao Estado inglês era a "medicina dos pobres" – a da manutenção da saúde do operariado. Ou então entre o que denominou de "medicina das cidades" que organizara urbanisticamente a cidade de Paris, separando *outsiders* e grandes centros, inclusive na determinação de onde se situariam os cemitérios etc. Dessa maneira, o argumento do filósofo e historiador é o de que a medicina, em suas práticas e saberes, muitas vezes atendeu aos interesses de legitimação e de organização social propostas por um determinado regime político e modelo de Estado. Se assim pode ser tematizado o assunto, penso eu que, com o parto, não seria diferente, já que também é uma prática histórica e cultural. Como exemplo do que digo, encontra-se o escrito da antropóloga Sheila Kitzinger (1978) sobre as práticas de cuidado com a gestação da Alemanha Oriental de 1965, onde se vê como as mulheres tinham que passar por curso de preparo para parto notadamente dogmático, autoritário e rígido, para que exercitassem a musculatura perineal, por exemplo.

Segundo a antropóloga, essas mulheres eram tratadas quase como recrutas, em meio a gritos e sem qualquer preocupação com a sua subjetividade. Eram submetidas a uma "ginástica da gravidez" (KITZINGER, 1978, p. 121), na qual se dava ênfase aos aspectos musculares, submetendo as mulheres ao treinamento em ginásios. Segundo suas palavras, buscava-se a adaptação da mulher aos valores comunistas, a tal ponto que médicos e enfermeiras teriam ficado surpresos diante de decisão de uma mãe de segurar a criança que chora no colo por conta de entenderem que, dessa forma, a criança "ficaria indisciplinada" (KITZINGER, 1978, p. 123).

Por outro lado, o contexto de assistência ao parto experimentado por Fernanda seria completamente outro quando comparado ao da época de sua mãe. Fernanda deu à luz nos anos 2000, fase de consistente crítica ao modelo médico cesarista brasileiro, de ReHuNa (Rede de Humanização e Nascimento), de grupos de preparo para o parto natural por todos os lados (GAMA – grupo de maternidade ativa), mídia falada e escrita, redes sociais, blogs maternos e mundo virtual em geral discorrendo sobre a importância do parto sem intervenções médicas e, assim, dando ensejo ao "ideário do parto humanizado" (CARNEIRO, 2015).

Esse foi o pano de fundo em que Fernanda dá à luz e a partir do qual significou a sua experiência em nossos encontros, diferente da cena histórica de sua mãe. Mércia, por outro lado, ao resistir à cesárea entre 1970 e 1980, viu-se imersa no contexto dos regimes nacionalistas e de resistências sociais à repressão, dentre os quais o movimento hippie, o do naturalismo e contracultura de forma geral. Tempos diversos, mulheres conectadas e particularidades históricas e políticas que nos ajudam a compreender esse emaranhado de relações sociais, no ontem e no hoje, em jogos de luz e sombra.

A Espanha de outrora

Durante minha pesquisa em Barcelona pude perceber que as espanholas contemporâneas optam pela maternidade um pouco, mas não muito, mais tarde do que as brasileiras de camadas médias que compuseram minha etnografia em São Paulo. Essa constatação pode nos sugerir que tanto a filha quanto a mãe da estória da placa metálica tivessem optado por filhos um pouco mais tarde do que Mércia e Fernanda, respectivamente. Nesse sentido, uma delas teria dado à luz na primeira metade da década de 1970 e, portanto, no decorrer do período franquista e, por tal motivo, na explicação de Pepe, teria vivido no período em que circulava a premissa de que quanto mais tecnologia, mais adequado o parto, na esteira dos regimes nacionalistas desenvolvimentistas. Enquanto, diferentemente, Mércia, que vivia no Brasil de então, parece enquadrar-se entre as mulheres dissidentes do modelo "tecno-burocrático" operante e, assim, negava a cesárea como primeira opção de parto.

O interessante é que na Espanha de outrora também parecem ter existido mulheres como Mércia, as dissidentes do modelo da cesárea. Essa ao menos foi a leitura de Helena, *comadrona* parceira de Pepe, também de 50 anos ou menos, enquanto tomávamos café no MACBA (Museu de Arte Contemporânea de Barcelona), no intervalo de um seminário de pesquisa do grupo de pesquisa feminista DUODA da *Universitat de Barcelona*, no qual ambas estávamos inscritas como ouvintes. Nessa ocasião, Helena comentava, ao que me pareceu recordando a sua própria geração, que as mulheres espanholas dos anos de 1980, pouco antes e logo depois da queda do período franquista, pressionavam e exigiam o domínio sobre os próprios corpos, como também acontecera no Brasil no período de abertura democrática, resistindo ao controle biomédico e estatal sobre suas vidas. Em seu registro, essas mulheres questionavam os modelos de parto partindo de seus corpos, algo que não reconhece mais entre as mulheres que estão dando à luz na Espanha de hoje, nas "hijas de la pentotal

e del biberon", ainda que existam exceções e outras tantas dissidentes, como as que procuram, por exemplo, a cooperativa em que trabalham.

De minha parte, entretanto, o que pude perceber durante os meses em que estive entre as *comadronas* foi um número considerável de espanholas que, na casa dos 30 anos e aparentemente certas de suas escolhas, procuravam por outros modelos de parto que não a incisão abdominal, na tentativa de não passar por uma cesárea e em nome de uma gama de explicações que as assemelhavam às mulheres brasileiras que atualmente, do outro lado do oceano, também buscam um outro modelo de parto que não a cesárea, como acontecera com Fernanda. Nesse sentido, ambos os países experimentam contemporaneamente práticas de resistência feminina que gravitam ao redor do parto "mais natural", parto em casa e parto sem intervenções médicas e farmacológicas.

Entre aproximações e distanciamentos

Dessa forma, por um lado, percebia aproximações entre duas gerações de mulheres de sociedades diferentes. Em suas diferenças, as espanholas apresentavam algumas características das adeptas do parto humanizado no Brasil (CARNEIRO, 2015; TORNQUIST, 2004; SOUZA, 2005). Eram, igualmente, mulheres de camadas médias; portadoras de convênio de saúde privado; conectadas à internet; em sua maioria, brancas, com mais de 30 anos; e que apresentavam na "escrita de si" (FOUCAULT, 2006) uma ferramenta importante tanto de comunicação como de configuração de sua noção de pessoa, interna e externamente aos grupos de parto natural.

O prédio da cooperativa de partos espanhola estava situado em Grácia, um bairro antigo, na região central da cidade, bastante famoso por concentrar a cena alternativa ou *cult*

da cidade, desde o cinema até ateliês de roupas de pequenos estilistas, com produções bastante originais, bem como bares e mercados de orientação ecológica ou imigrante, asiáticos e africanos. Recordo-me de que, ao por lá caminhar por suas vias e ruelas, aventei semelhanças entre o seu desenho e as pessoas que ali circulam com a configuração urbana do bairro Vila Madalena, na cidade de São Paulo, ou o distrito de Barão Geraldo, em Campinas, onde acontecem encontros sobre parto natural e funciona um dos principais grupos de debate e preparo para a sua prática, no quais se pode dizer que também se vê um público urbano, de camada média, "alternativo" no que tange à vestimenta e aos programas culturais e, talvez, portador de um *ethos* espiritualista mais "new age", tal como pensado por Campbell (2001). Nesse sentido, os espaços de circulação das mulheres adeptas do parto "mais natural" eram muito semelhantes, dando ensejo à hipótese de que poderiam dizer-nos muito mais sobre a caracterização social dessas pessoas.

No entanto, se as mulheres espanholas e brasileiras me pareciam próximas por essas características e tendências, ao menos em minha pesquisa etnográfica em dois ambientes de cuidado, um hospital-escola público e em um grupo de preparo de iniciativa feminina independente, também me vi diante de mulheres diferentes e plurais entre si dizendo-se adeptas do parto humanizado (CARNEIRO, 2015). Ao contrário do que muitos esperavam, a etnografia sinalizou que nesses espaços estão mulheres de profissões, estilos de vida, estórias, conjugalidades e expectativas muitos diferentes, sem caracterizarem-se, necessariamente, como as neo-hippies, alternativas, "naturebas" ou "bicho-grilo", posto que nem sempre veganas, vegetarianas, artistas, orientalistas, mas também bancárias, carnívoras, racionais, engenheiras, amasiadas, casadas, solteiras, urbanas e, assim, sucessivamente. É ao que me remetera Rebeca em uma de nossas conversas no interior de São Paulo,

> [...] escolhi o parto em casa porque era racional e cientificamente melhor para mim e para a criança. Li isso na revista da BBC. Sou advogada e meu marido engenheiro, quadradinho. No meu parto não teve nada desse lance de hippie (notas de campo, dezembro de 2008).

Com relação às *comadronas* ou enfermeiras obstetras brasileiras e espanholas, entretanto, percebi importantes diferenças. Em primeiro lugar, é preciso notar que na Espanha atual as *comadronas*, que são enfermeiras com formação em obstetrícia, são as que assumem, já de saída, o cenário do cuidado do parto mesmo no interior do hospital, algo que no Brasil não acontece. Partimos de uma lógica na qual o médico é o responsável e o especialista nos procedimentos a serem realizados. Nesse sentido, se aqui as enfermeiras funcionam como auxiliares e se veem ainda hierarquicamente inferiores na equipe médica, a não ser que estejam atendendo partos em casa e previamente pactuados, lá, na Espanha, as mesmas estão à frente dos serviços de pré-natal e de parto e os médicos só aparecem em casos de complicações sérias. Isso, porém, segundo as mulheres entrevistadas e as *comadronas* que conheci na Espanha, está longe de significar que contem com um modelo de atenção "humanizado", que na Espanha recebe o nome de *parto respetuoso*. Porque mesmo em atendimentos de/com enfermeiras na rede de saúde podem ocorrer intervenções e desgastes desnecessários para as mulheres que parem na Espanha atual. Nesse sentido, contar com outro tipo de profissional, a enfermeira e não o médico, e uma profissional mulher, *por si só,* não garantiria a satisfação das parturientes/gestantes, tanto que também as espanholas procuram serviços alternativos para dar à luz em casa, como os da cooperativa em que Pepe e Helena trabalham.

Com relação aos modos de cuidar e técnicas de cuidado, pode-se dizer que as brasileiras e as espanholas estão bastante próximas, haja vista recorrerem aos ditames científicos, ao ramo da medicina chamado de "baseado em evidências" (que

analisa a efetividade de determinadas práticas consolidadas), mas também a escuta atenta, envolvimento emocional, atenção à história de vida e, em alguns casos, a estratégias mais naturais de suavizo da dor, como massagens, chás, ervas etc. De maneira geral, ao menos as envolvidas com o parto natural partem da premissa de que é o melhor modo para a criança nascer e para a mulher parir. Mas divergem em outros tantos pontos. Vejamos.

Pareceu-me interessante e bastante *sui generis* a aproximação entre as *comadronas*, as feministas pesquisadoras e os feminismos, tanto escritos como praticados, em décadas anteriores, bem como persistentes e contemporâneos. Nesse sentido, ao escutar Pepe e Helena, em como pensavam e se posicionavam em relação aos corpos das mulheres, saúde sexual e reprodutiva, na demanda pela autonomia de suas vidas e sobre o direito de escolha nas decisões, ambas se aproximavam das feministas e de suas premissas. Helena identificava-se com as ideias de maternidade, espaços femininos e relação com o próprio corpo anunciadas pela feminista que fora conferencista no seminário em que nos encontramos, percebendo em sua prática e profissão a presença daqueles mesmos ideários. Sobre esse aspecto, parece-me interessante recuperar o trecho de minha conversa com Helena, naquele mesmo dia e ao refletirmos juntas sobre a conferência que havíamos assistido: "Elas (as feministas) escrevem, mas nós *comadronas* fazemos isso há muito tempo".

Pepe e Helena, por suas estórias, transpareceram partilhar das ideias de liberdade sexual, autonomia feminina e movimento feminista espanhol, sobretudo, ao se recordarem das mulheres que, em sua geração, foram às ruas demandar controle sobre os próprios corpos. Para além disso, criticam o Estado e pautam a importância dos direitos sexuais e reprodutivos. Segundo ambas, as mulheres de sua geração, que iam às ruas e se posicionavam contra os desmandos do governo franquista, eram "corajosas".

Essa aproximação ideológica entre as feministas e as *comadronas*, entretanto, pouco pude perceber no Brasil, a não ser entre profissionais de saúde acadêmicas e professoras universitárias de cursos de saúde, que desde os anos de 1980 estão envolvidas com esse assunto, foram às ruas pelo "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher" (1984) ou que, então, foram influenciadas por essa geração de mulheres. Pois nos grupos de preparo para o parto mais natural e entre as mulheres que circulei, tendo a ponderar, por parte das gestantes e parturientes, um certo avesso ou resistência aos feminismos, como discuti em minha etnografia (CARNEIRO, 2015). Muito talvez por entenderem os feminismos como movimentos que negam a "maternidade como experiência positiva" (RICH, 1996) e como espaço de "mulheres radicais", que não entendem e tampouco respeitam suas escolhas de parto natural e "maternidade ativa".

Entre as profissionais de saúde brasileiras que acompanhei, de modo geral, também percebi muito mais uma filiação às práticas de corpo e de filosofias de orientalistas, como meditação, shiatsu, acupuntura, massagens, medicina baseada em evidências etc, bem como uso das "medicinas doces" como homeopatia e fitoterapia, do que *a priori* uma aproximação de ideias a respeito da autonomia da mulher sobre o próprio corpo e autoconhecimento. Mas essa leitura, no entanto, está muito longe de ser hegemônica. E em que pese esse descolamento ou uma certa rusga entre as enfermeiras obstétricas brasileiras com os feminismos (e das próprias gestantes e parturientes) é preciso reconhecer a importância capital das feministas, de sua prática e de seus escritos no/para o campo da saúde nos anos de 1980, para a realização da Oitava Conferência de Saúde em 1984, para o PAISM e questionamento de esterilização das mulheres negras e pobres à época, bem como testes de medicamentos, entre tantos outros pontos, que culminaram, estou convencida, também na crítica da obstétrica brasileira no fim da década de 1990 (CARNEIRO, 2015). Dessa forma, em contato com as enfermeiras daqui percebi um maior envolvimento com

o ideário da humanização e prática da profissão do que uma leitura feminista de seu trabalho e dos anseios das mulheres que acompanham. Como disse, ainda pontuais são os casos em que se pode perceber uma interpretação feminista dos acontecimentos que envolvem o parto. Ao menos entre as profissionais que pude acompanhar, em seus cotidianos.

Antropologia, gerações e políticas de saúde nas raias da mediação e de mediadores

Das estórias de parto de Fernanda e da espanhola que sentia a placa metálica, bem como de um mapeamento muito breve de seus contextos históricos, sociais e geracionais envolvidos direta ou indiretamente nos dois casos, pôde-se perceber uma no avesso da outra. Tratam-se de estórias de mulheres que se implicam. Uma na outra. Estórias de parto que terminaram bem e tiveram seus percalços e razões geracionais, que me foram contadas depois de sentidas e/ou imaginadas. Estórias que, para as mulheres, brasileiras e espanholas, funcionam como registro de moralidade de parto e de vida. Nessa trama circularam estórias e circularam pessoas, mães e filhas. Mas circularam também políticas, propostas e modelos de Estado, em um registro "anatomopolítico dos corpos" (FOUCAULT, 1995).

São estórias que serviram/servirão de alicerce para expectativas e práticas de parto de outras mulheres que se comunicam umas às outras no importante registro da transgeracionalidade, tanto positiva quanto negativamente e de múltiplas consequências. No caso da placa metálica, para a *comadrona* Pepe, a cesárea vivida pela mãe daquela mulher, que então estava na banheira, quase a impedira de ter o parto em casa. A sensação física e emocional gerada por tal placa atravessou gerações e corpos e se fez sentir na mulher atual, talvez no sentido do "paradigma da corporeidade" de Thomas Csordas (2008), que

soma fenomenologia a Merleau-Ponty com a prática de Pierre Bourdieu, e, assim, busca pensar a cultura a partir do corpo e não enquanto algo que lhe é acrescido ou justaposto.

Essa leitura da situação em questão, no entanto, é feita por uma *comadrona* específica, aquela que também viveu o regime franquista e a alta das cesáreas na Espanha, que assistiu a chegada da "pentotal" e do "biberon" e que, assim, tem essa grade de leitura em si para analisar o caso em tela. Faz, assim, uma leitura do partido atual, porém, influenciada pela história e pelo seu contexto de vida, a de uma *comadrona* que naquele período já deveria divergir da ideia do progresso nacional propalada pela modernidade e pela tecnologia. Enfim, duas gerações, duas grades de leituras, mas uma implicada na outra. Nesse caso, nos vemos diante de uma filha que quer parir de modo diferente de sua mãe, mas que, sem querer e sem saber, se vê conectada transgeracionalmente pela negatividade da experiência de parto materna, manifestada, em linguagem nativa, em/por sua "memória celular".

Pensado assim, Pepe e também Helena poderiam ser interpretadas como uma mediadora de gerações, como uma mulher que pensa o atual a partir do ontem e ajuda na compreensão de fatos e de acontecimentos entre mães e filhas, entre as que nasceram outrora e as que dão à luz agora, suas relações com os corpos e com a saúde. As *comadronas* espanholas mediariam, por consequência, tempos e mulheres, operando como ponte e travessias que sugerem relações marcadas por modelos de Estado, políticas de cuidado e experiências cotidianas. E assim, entre histórias, estórias e políticas.

No caso brasileiro, nos vemos no avesso. Uma mulher que quer parir naturalmente para que sua mãe viva uma experiência que havia desejado no passado. Era a filha que buscava o parto normal para a mãe e que, assim, me pareceram conectadas pela frustração, mas também por uma tentativa de superação do não realizado. Dessa forma, em nome de uma "dívida

simbólica" (CARNEIRO, 2015), Fernanda se dispõe a parir não somente por sua filha, mas por uma outra experiência para sua mãe, atravessando passado, presente e futuro. E, assim, a transgeracionalidade, presente nos dois casos narrados, e aqui compreendida com uma relação entre mulheres, também media e faz cruzar tempos e pessoas, sinalizando como as políticas de Estado reverberam nos corpos das mulheres. Uma mediação que conecta e significa estórias, como a que desponta no filme chinês "Três gerações e um destino" de Hou Youg (2004), no qual a experiência da maternidade e de abortos conectam mulheres de gerações diferentes, avó, mãe e filha, em suas alegrias e tristezas da maternidade, abortos e violência, mas que também as diferencia em suas apostas pessoais.

E por último, voltando à explicação construída pela *comadrona* sobre a época de uso da tal placa metálica nas cenas de parto, nos vemos diante de um Estado espanhol nacionalista e tipicamente desenvolvimentista, onde o cuidado, o bem-estar e a saúde, enquanto expressões culturais, também viriam marcados por tais ideias e premissas. Período, por consequência, em que tanto os profissionais quanto as mulheres tenderiam ao uso do que lhes parecesse inovador, seguro e moderno – talvez a cesárea e o monitoramento dos batimentos cardíacos. Interessante é que, tomando essa explicação como uma hipótese interpretativa, no Brasil da geração de Mércia, percebe-se analogamente a mesma ideia e a perspectiva de que o lema do progresso também vinha como marca de um regime político nacionalista e militar, fase que, segundo a recuperação histórica de Diniz (1996), coincidiria com a migração dos partos da casa para o hospital, da assistência das parteiras para a dos médicos e da posição vertical para a litotomia ou parto na horizontal, tendo a técnica, o conhecimento científico e o maquinário como suas referências. Sendo assim, por essa linha de raciocínio, nos veríamos, aqui, a partir de casos bastante pontuais, entre culturas diferentes, épocas históricas próximas e homologias entre desenhos de Estados, concepções de mundo e leituras

sociais de saúde. Posto dessa forma, conclui-se, então, que entre gerações de mulheres circulam histórias e, de mesmo modo, em suas linhas, concepções de Estado se reproduzem ou se (re) inventam, pondo em marcha outras políticas de cuidado com o corpo, o que só nos indica o quanto é possível pensarmos nas relações entre Estados, contextos históricos, discursos/moralidades e políticas do parir.

Vê-se, então, como os profissionais de saúde e, em nosso caso, as parteiras assistem processos fisiológicos de nascimento, mas podem atuar como mediadores de estórias e histórias de mulheres, de propostas e modelos de políticas de cuidado e, por último, de culturas do parir, do nascer e do gestar tantos sistemas políticos como corpos sociais. Figurando, assim, muito mais potentes do que se poderia imaginar, para além do biológico, traduzindo moralidades, expectativas e dores – sejam individuais ou coletivas. Funcionando, então, como tradutores do tempo e de afetos.

Referências

CARNEIRO, R. *Cenas de parto e políticas do corpo.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CAMPBELL, C. *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno.* Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CSORDAS, T. *Corpo, significado e cura.* Porto Alegre: UFRGS, 2008.

DAVIS-FLOYD, R. *Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento humano*. BsAs: Fundación Creavida, 2009.

DINIZ, C. S. G.. *Assistência ao parto e relações de gênero. Elementos para uma releitura Médico-Social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DUARTE, L. F. D. Formalização e Ensino na Antropologia Social: os dilemas da universalização romântica. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 18, 1994, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ANPOCS, 1994.

DUARTE, L. F. D. A investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. (Org.) *Pessoa, doença e perturbação:* perspectivas Etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FLEISCHER, Soraya. *Parteiras, buchudas e aperreios*: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. 2011. EDUNISC, Santa Cruz do Sul, 2011.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I:* a vontade de saber. São Paulo: Editora Graal, 1995.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica.* São Paulo: Martins Fontes, 2010.

KITZINGER, Sheila. *Woman as mothers*. London: Fontana, 1978.

RICH, A. *Nacemos de mujer*: la maternidad experiência e institucion. Trad. Anna Becciu. Madrid: Catedra, 1996.

RUSSO, J. A. A pós-psicanálise: entre Prozac e florais de Bach. In: JACÓ-VILELA, A.M.; CEREZZO, A;C.; RODRIGUES, H.B.C. (Org.). *Clio-psyché*: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 124-132.

SHORE, C.; WRIGHT, S. (Ed). *Anthropology of Policy*: critical perspectives on governance and power. Nova Iorque: British Library Catalouguing in Publication Data Routledge, 1997.

SOUZA, H. *A arte de nascer em casa*: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder*: o movimento de humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

YONG, Hou. *Três gerações e um destino*. Mo Li Huakai. 130 minutos, 2004.

CAPÍTULO 3
ASSISTÊNCIA SEXUAL A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E MEDIAÇÕES EM SAÚDE[32]

Carolina Branco de Castro Ferreira

Durante o ano de 2013 eu estava em Barcelona para um estágio de pós-doutorado[33] e fui surpreendida com a repercussão do filme *As sessões*[34], que despontou com força no âmbito público-midiático com a discussão sobre a importância, legitimidade e "necessidade" da figura da/o assistente sexual, cujo papel seria desempenhar um serviço pago de acompanhamento afetivo-erótico-sexual dirigido a pessoas ou casais com deficiências. O encontro entre a repercussão/sucesso do filme com a proposta da assistência sexual renovou um *corpus* de debates sobre sexualidade e deficiência como um tema de justiça e de reparação. As controvérsias em torno deste tema produziam, no sentido de Fraser (1989), "políticas de interpretação das necessidades" na produção e organização social do que poderíamos chamar de uma cidadania sexual das pessoas com deficiência.

---

32 Agradeço a leitura de Isadora Lins França e, especialmente, a Carlos Guilherme do Valle pela leitura atenciosa e generosa deste texto.

33 A pesquisa Códigos de Gênero e Sexualidade entre consumidores do mercado do sexo na Espanha foi financiada por bolsa de estágio pós-doutoral inserida no projeto de Cooperação Internacional CAPES/DGU

34 Uma primeira reflexão sobre este tema pode ser encontrada em: Ferreira (2013).

Em 2014, motivada pelo repertório que vi em Barcelona, passei a "seguir" no Brasil a noção de assistência sexual, com a intenção de perceber influências, continuidades e mudanças nesses dois contextos, bem como atores e mediadores que atuam na ampliação da ideia de uma "sexualidade assistida"[35]. No país, a noção de assistência erótica aparece como o termo equivalente à assistência sexual, encontrado em Barcelona. Embora surjam em momentos e contextos diferentes[36], essa "tradução" apresenta propostas e noções similares em relação às que acompanhei em Barcelona, bem como indica consonância com o debate internacional.

Considerando isso, em um primeiro momento neste artigo eu irei abordar o tema da assistência sexual a partir de um campo transnacional, no qual aproximo o material etnográfico de Barcelona e do Brasil, buscando entendê-los como parte de um processo de reconhecimento de direitos de pessoas com deficiência nos dois contextos, pois as políticas que estes sujeitos requerem, seja junto à sociedade civil, seja junto ao Estado, é da ordem dos "direitos sexuais", ampliando a noção das consagradas lutas por "acessibilidade" – agrupadas sob a categoria "inclusão" (LEANDRO, 2014) – e articulando aquelas contra a violência que acomete pessoas com deficiência.

---

35 Pesquisa financiada atualmente pela Fapesp/Cnpq (FERREIRA, 2014)

36 O mapeamento do tema no Brasil indica que a assistência erótica é uma proposta que surgiu em meio à elaboração e divulgação da Declaração sobre os Direitos das Mulheres com Deficiência, um dos resultados do I Encontro Nacional de Políticas para Mulheres com Deficiência, ocorrido em 2012. Apesar de estar em formulação, tal iniciativa faz parte da proposta de um Programa Nacional de Promoção dos Direitos das Mulheres com Deficiência. O direito à assistência erótica é um discurso acionado por mulheres com deficiência, que identificam suas reivindicações com pautas feministas. Estas ativistas estão ligadas ao âmbito universitário e de Organizações Não Governamentais. Em um mapeamento inicial, Leandro (2014) mostrou como a proposta da assistência erótica tem sido construída conjuntamente por duas instituições distintas: ONG Essas Mulheres e Comitê Deficiência e Acessibilidade da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).

Nos dois casos, ressalto como a assistência sexual é uma mediação cultural e política, a qual conforma modelos e práticas de cuidados, bem como pedagogias sexuais, que envolvem relações familiares, conhecimentos científicos sobre sexo e serviços sexuais. Em seguida, abordo uma cena etnográfica localizada em uma instituição em Barcelona, para mostrar "rotinas domésticas" e produção de subjetividade. E por último faço uma "torção" na reflexão ao aproximar dois planos de análise que envolvem a produção discursiva da noção de deficiência e a emergência das noções de vício em sexo e amor.

No debate sobre deficiências é comum encontrar uma separação entre deficiência física ou deficiência intelectual. Nesse artigo, eu incluí deliberadamente as duas, e ao longo do texto essa escolha aparecerá sobre a rubrica da categoria pessoas com deficiência, e quando necessário eu mencionarei quando estiver referindo-me a definições específicas. Essa é a categoria política e ética adotada no Brasil, e é a que utilizarei para fins de melhor entendimento ao longo do texto, embora não seja a mesma adotada em Barcelona, lugar onde muitas vezes é utilizado o termo "discapacitados/as" e no âmbito ativista a ideia de "diversidade funcional". Fiz essa escolha por algumas razões. A primeira, como aponta Kullick e Rydstrom (2015), porque um número significativo de pessoas possui os dois tipos de deficiência. A segunda, porque da mesma maneira que outros/as pesquisadores/as têm buscado recursos para compreender as mudanças e convivências da noção de pessoas com deficiência articulados a constructos históricos particulares delas (por exemplo: surdez, cegueira, deformações físicas, déficits de aprendizado etc.)[37], pensar na emergência de um sujeito sexuado nesse campo requer o mesmo tipo de esforço. Não sei se partir diretamente da organização por área da deficiência é a melhor maneira. Passar das categorias empíricas/nativas para

37 Assis Silva, 2012; Assis Silva, 2012a; Assis Silva e Assênsio, 2011; Cavalheiro, 2012; Lopes, 2014; Simões, 2014; Lanna Júnior, 2010; Fremlin, 2011; Magalhães, 2012.

as de análise requer um esforço. No caso de pensar esse sujeito sexuado, prefiro focar analiticamente em redes de relações e mediadores envolvidos em práticas de assistência e facilitação sexual que tornam possível a vida erótica e sexual de determinados sujeitos. E a terceira razão, porque estou interessada na dimensão discursiva de produção dessa categoria e como ela atravessa outros campos.

Assistência Sexual a partir de um olhar transnacional

Nas últimas décadas o tema da deficiência ganhou crescente visibilidade e ampla regulação em âmbito internacional e nacional, e atualmente está consolidado na agenda de direitos humanos. A produção da visibilidade dos direitos de pessoas com deficiência remonta a uma conjunção dos repertórios de ativismo por direitos civis de "minorias" a partir da década de 1960, e sua articulação com organismos internacionais. Por exemplo, em 1975, a ONU promulgou a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Alguns anos depois, 1981 foi considerado o ano internacional da pessoa deficiente. Recentemente, o marco internacional mais importante é a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência, de 2006, documento que marca uma completa redefinição nos termos de entendimento da deficiência, consolidando-a em um marco de direitos humanos, permitindo o deslocamento dos saberes médicos, reabilitadores e assistencialistas para os saberes sociais.

A emergência de um sujeito sexuado nesse campo também está atrelada a esta dinâmica, e suas condições sociais de visibilidade estão ligadas às discussões do modelo social da deficiência, debate este que incorpora uma concepção política e sociológica da deficiência, qual seja, que a deficiência não está alocada em um corpo individual e biológico, mas sim é

produto da interação da pessoa com o ambiente e com atitudes que a descapacitam. Ainda, a emergência desse sujeito sexuado concatena marcos e debates relativos aos direitos sexuais e reprodutivos, caudatários de movimentos feministas e LGBT, bem como de um misto de "cumplicidades tensas" com discursos científicos sobre o sexo.

Como afirma Viana (2012), ao dar a sexualidade o contorno de um direito, este tópico valorativo e ativo crucial das formas políticas contemporâneas, cabe aos atores sociais envolvidos e situados em diferentes localizações deste processo a dupla tarefa de recortar atos como sendo propriamente sexuais e dimensões da vida das pessoas como passíveis de serem compreendidas nessa chave específica. Nesse sentido, um dos recortes que compõem tal dinâmica são as propostas, projetos e práticas de assistência sexual, que eu entenderei como um conjunto amplo de guias de condutas, propostas de ajudas, acompanhamentos, aconselhamentos e serviços, que envolvem diferentes atores, e são voltados para que pessoas com deficiência possam descobrir sua sexualidade e terem vida sexual.[38]

Em um primeiro momento, esse repertório despontou na Europa na década de 1980, e envolveu uma variedade de especialistas no âmbito dos discursos científicos sobre sexo (sexólogos, psicólogos, pedagogos, "*sexual advisers*"), com uma produção bastante voltada para trabalhadores sociais, cuidadores e

38 O valor político e a garantia desse princípio, pautada na agenda de direitos humanos, encontra-se na formulação do artigo 23 chamado "Respeito pelo lar e família" da Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência. O texto traz recomendações, tais como: "eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas – é necessário destacar que a pessoa com deficiência, na esfera da sua intimidade, pode exercer plenamente o direito à sexualidade. A definição do livre exercício da sexualidade passa pela perspectiva da satisfação prazerosa com o próprio corpo e com a interação com o outro. " (FERRAZ; LEITE, 2014).

familiares, com a finalidade de que estes soubessem agir diante de expressões e manifestações sexuais e eróticas de pessoas com deficiência, frequentemente consideradas um problema.

Tais práticas e serviços, em geral, ficaram conhecidos como "assistência sexual" (embora possam aparecer com outros nomes: "sexual advices", "facilitação sexual") e atualmente são vigentes e autorizados formalmente na Suíça, Bélgica, Alemanha, Áustria, Holanda, Dinamarca e Japão. Na Itália e na França a assistência sexual está proibida, ainda que seja tema de acaloradas discussões públicas. Em março de 2013, o Comitê Consultivo Nacional de Ética Francês (CCCNE), consultado por organizações relacionadas ao tema das deficiências, deu um parecer desfavorável à assistência sexual[39].

Essas propostas foram questionadas, (re)modeladas e transformadas na medida em que as reivindicações de direitos de pessoas com deficiência foram cada vez mais enunciadas em primeira pessoa[40]. Como parte desse cenário, chama atenção a mudança de scripts culturais relacionados ao tema da diferença corporal alavancados pela produção de um "fundo social de conhecimento sobre as deficiências" (RAPP; GINSBURG, 2001). A difusão desse conhecimento está ligada a uma variada produção contemporânea a qual envolve repertórios ativistas de indivíduos, grupos e famílias ao redor do tema, bem como o surgimento de bens culturais, que Rapp e Ginsburg (2001) consideram como domínios expandidos de "intimidade pública" ligados às deficiências, tais como programas de televisão, filmes, livros autobiográficos, blogs, grupos e sites na internet,

39 Para uma reflexão sobre esse tema na Suécia e Dinamarca em perspectiva comparativa, ver Kullick e Rydstrom (2015); para as propostas vigentes na Espanha e suas controvérsias, ver: García-Santesmases e Ferreira (2016).

40 Refiro a repercussão do Nothing About Us, Without Us, slogan político que se consolidou nos anos de 1990, nos Estados Unido, em meio ao ativismo de pessoas com deficiência, e foi traduzido e incorporado como estratégia política em vários países, dentre eles, na Espanha e no Brasil.

produzidos por pessoas com deficiência ou aquelas envolvidas com seus cuidados (RAPP; GINSBURG, 2001).

Os modelos, as propostas e as práticas de assistência sexual surgem, então, como mediadores que envolvem e mobilizam conteúdos culturais, significados e concepções que, em certos momentos, evidenciam contrastes culturais e, em outros contextos, sugerem compartilhamento de sentidos e significações (VALLE, 2015). No que tange a dimensão de compartilhamento e trânsito de significados, as propostas de assistência sexual colocam em relação às esferas da sexualidade, da politização da diferença e da escolha sexual, ativismos de pessoas com deficiência e feministas, bem como da percepção de diversidade corporal, ligadas a representações de saúde e de bem-estar. No que diz respeito a contrastes, tensões e produção de novos limites e fronteiras tais propostas estão envoltas em uma nova economia moral do uso dos prazeres, que se preocuparia em regular e condenar não mais a imoralidade, mas tem como tema central a violência e a violação de direitos (LOWENKRON, 2015), e que opera a partir das noções de consentimento e vulnerabilidade, termos centrais em torno dos quais têm sido acionados os direitos e práticas sexuais contemporâneos (GREGORI, 2014).

Por exemplo, para perceber como nesse campo é produzida uma gramática dos direitos que procura (re)calibrar as noções de consentimento e vulnerabilidade na autodeterminação dos sujeitos, há no debate sobre deficiências e sexualidade, uma reivindicação ativista transnacional recorrente: que pessoas adultas com deficiência não são crianças, nem "anjos" ou (des) sexualizadas, isso porque uma série de imagens da menoridade[41] e de incapacidades cercam tanto pessoas com deficiência intelectual, como físicas. Também outras posições contestam uma suposta hipersexualidade de pessoas com deficiência, argumentando que tal concepção poderia ser entendida como

41 Menoridade no sentido de Vianna (1999), não como um atributo necessariamente relativo à idade, mas como instrumento hierarquizador de direitos, e ligado a um conjunto de representações.

consequência da vigilância constante e falta de privacidade pelas quais determinados corpos são submetidos.

Os sentidos operacionalizados nessas reivindicações estão em torno da ideia de que a vulnerabilidade de pessoas com deficiência não seria capaz, ou pelo menos não deveria desfazer o valor do consentimento, como ocorre com crianças, por exemplo. Ou ainda, chamam a atenção para a importância de situar as condições de vulnerabilidade, e as dificuldades e/ou constrangimentos (e a superação delas) de encontros erótico-sexuais de e/ou entre pessoas com deficiência, os quais requerem com frequência suportes, ajudas, cuidados e engajamentos éticos de terceiros, sem que tais cuidados possam ser considerados violência e/ou abuso[42]. A seguir mostro como o repertório acionado pela ideia de assistência sexual cria um novo terreno no qual a relação entre deficiência e sexualidade é incorporada positivamente no corpo social, reorganizando scripts e ansiedades culturais.

"Decisões apoiadas": mudança de scripts culturais com relação à deficiência, relações familiares e mercado do sexo

Rapp e Ginsburg (2001) argumentam que o trabalho de cuidado e os apoios referentes a pessoas com deficiência, os quais mobilizam recursos médicos, terapêuticos e sociais, estão envoltos em uma complexidade que frequentemente revela os limites do parentesco dentro de uma estrutura familiar de gênero nuclear. As autoras chamam a atenção para a necessidade

42 Eu agradeço aos comentários e à reflexão compartilhada por Bibia Gregori, Laura Lowenkron e Cecília Varela, durante a mesa "Consentimento e Vulnerabilidade", na XI Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM) em 2015, que chamaram minha atenção para uma série desses pontos.

de se (re)imaginar os limites e capacidades do parentesco, a partir do apoio mais amplo que envolve o cuidar nesses casos.

A bibliografia internacional, juntamente com dados de campo de minhas pesquisas sobre sexualidade, cuidados e deficiências, revela como redes familiares se mobilizam para ampliar as instâncias responsáveis pelos cuidados e pela produção da saúde sexual de filhos/as com deficiência, acionando mediações envolvidas em gestar e em conter os estigmas associados à relação entre deficiência e sexualidade, quando estes não são entendidos somente em termos de corpos individuais, mas também em redes de relações "fora" do corpo dos indivíduos (DAS, 2001).

Tanto no Brasil como em Barcelona, uma das razões fundamentais para consolidar projetos de assistência sexual era o perigo/sofrimento da manipulação sexual por parte de pais e mães de seus filhos com deficiência, visto como consequência de um cuidado que se torna trágico diante de um corpo que se excita:

> Piense en estas situaciones [...] Una madre o un padre que encuentran como única alternativa, practicar ellos mismos una masturbación para aliviar a su hijo/a con graves dificultades físicas o mentales; con las consecuencias que puede suponer para los padres y su hijo/a. (Página inicial do blog "Mitologías de la sexualidad especial")[43].

43 No ano de 2012, com o nome de Sex Asistent, se cria em Barcelona um grupo de trabalho incentivado por Silvina Peirano, psicopedagoga argentina, criadora da página de referência "Mitologías de la sexualidad especial", que busca promover a assistência sexual desde uma perspectiva transnacional. Nesse grupo participavam tanto profissionais (psicólogos/as, terapeutas, sexólogos/as), como ativistas com "diversidade funcional". Depois de um ano de debates internos, a maior parte de seus membros abandona o projeto. Alguns deles porque consideravam que havia chegado o momento de deixar de debater e começar a "atuar". Para saber mais sobre esse processo consultar: García-Santesmases e Ferreira (2016). Citação disponível em: <http://sexualidadespecial.blogspot.com.br/?zx=8ff7e88856c12213>. Acesso em: 5 set. 2013.

Embora no trabalho de campo, tanto em Barcelona como no Brasil, eu não tenha me deparado com relatos de pais, mães ou familiares que tivessem passado por tal situação, a presença discursiva dessas figuras sempre apareceu como sinal da urgência de se tocar no assunto, como uma espécie de ansiedade cultural de reinscrição de narrativas sobre deficiência e sexualidade[44], nas quais residia a importância da rede familiar não ser produtora de "traumas" psíquicos. Chamou minha atenção o comentário de uma entrevistada que trabalha no ramo de agência de modelos fotográficos voltada para pessoas com deficiência no Brasil. Segundo ela, quando trabalhava em uma renomada instituição brasileira voltada para a reabilitação, tirando fotos médicas, ouvia com frequência psicólogas comentarem a respeito de mães que masturbavam filhos, principalmente aqueles com deficiência intelectual – "que tem a sexualidade mais acerbada", e que a maioria das profissionais não tinha coragem de abordar o tema com as mães. Para ela, o tema dos assistentes sexuais deveria "começar com isso, com esse problema".

O tema da "assistência erótica" no Brasil é produzido e circula em redes formadas por organizações e associações eminentemente de caráter político no sentido de defesa dos

44 Kulick e Rydstrom (2015) descrevem uma série de cenas entre pais e filhos, do que poderia ser denominado de "cuidados aflitos". Uma delas me chamou a atenção. Na Dinamarca, Gull-Marie, mãe de um rapaz com síndrome de Down na adolescência, e sua principal cuidadora, busca ajuda de sexólogos porque embora seu filho conseguisse se masturbar, ele passava a ficar aflito porque não conseguia gozar e dar por finalizado o estado de excitação. Uma das profissionais disse que ela teria de ajudá-lo a chegar "ao fim", porque ele precisava entender que o alívio sexual poderia ser materializado ao ver a secreção que saia de seu pênis. Gull Marie pediu a ajuda do irmão e do pai do rapaz que não obtiveram êxito, então em uma espécie de sofrimento sem reparação pensou: "terá que ser eu a ajudá-lo". Alguns dias depois, o rapaz veio contar que havia descoberto de que de seu pênis poderia sair uma espécie de "leite", deixando-a aliviada. O comentário é apenas para chamar a atenção dos sentidos da manipulação corporal relacionada aos discursos científicos sobre o sexo, como se ela não se distinguisse de outros toques de cuidado.

direitos de pessoas com deficiência, mas também tem se articulado com grupos voltados para o mercado. Esse "encontro" tem concatenado uma produção cultural na reorganização de retóricas visuais e políticas ligadas a pessoas com deficiência, sua sexualidade e seus direitos sexuais e os modos como são representadas – em mercados editoriais de revistas, no mercado estético de modelos[45]. Abaixo um trecho de entrevista com Márcia Gori que se define como militante feminista e pessoa com deficiência. Ela é uma figura relevante no cenário contemporâneo do ativismo de pessoas com deficiência no Brasil, principalmente no que diz respeito ao tema da sexualidade. Tem cabelos curtos, corpo com várias tatuagens, pele clara. Ela teve pólio aos 9 meses de idade e hoje é cadeirante. Márcia é bacharel em direito, e atualmente é presidente da Ong Essas Mulheres, fundada em 2013, e principal voz pública defensora da figura dos assistentes sexuais:

> Porque, por exemplo, a gente tem relatos que depois todo mundo nega. Porque você contar entre duas pessoas é uma coisa, agora você pegar e fazer em público é outra. Tem falas de mães que tem filhos com deficiência de alta complexidade, que elas masturbam esses filhos, entendeu? Elas descarregam essa energia sexual do filho de alguma forma, e não deixa de ser uma violência. Mesmo sendo consentido é uma violência. Uma mãe não nasceu para masturbar um filho dela ou uma filha. Para ela e para o filho, é uma violência para os dois. Porque a mãe, vamos dizer assim, diz que mãe nunca vai para o inferno porque pariu o filho já vira santa, né? A mãe faz qualquer coisa pelo seu filho. Agora qual o grau de entendimento desse filho? Ele olha aquilo com naturalidade ou não? Entendeu? Às vezes para ele é natural porque não teve outra experiência. Mas para a mãe às vezes ela esta fazendo aquilo por questões "N" (Entrevista Márcia Gori, março 2016, Caderno de Campo).

45 A principal referência aqui é a revista Reação, publicação bimestral e que pode ser encontrada em bancas de jornal, e a agência de modelos fotográficos de Kika Castro, que tem trabalhado bastante próxima da Ong Essas Mulheres.

A produção da necessidade e da importância da figura dos/as assistentes sexuais está ligada à busca por cuidados e apoio fora das redes familiares, e a reinscrição de relações familiares e da inclusão de pessoas com deficiência, a partir de uma gramática de direitos sexuais, em meio a campos discursivos amplos de representação e ativismo, nos quais é fundamental desvincular o apoio familiar como possível lugar do abuso sexual, ao mesmo tempo em que se configura como uma das instâncias responsáveis pelo cuidado, pela proteção e pela normalização sexual desses indivíduos.[46]

A partir do final da década de 1990, a bibliografia internacional dos *disability studies* passou a dar grande atenção ao tema das deficiências e sua relação com a sexualidade e políticas sexuais. Esse debate tem chamado a atenção para a relação entre deficiências e mercado do sexo, principalmente referindo-se a homens heterossexuais com deficiência e sua relação com trabalhadoras sexuais, privilegiando questões tais como motivações para buscar por serviços sexuais, autoimagem corporal e autoestima, noções de intimidade etc. Frequentemente tal literatura parte de um entendimento de que essas relações comporiam um "espectro de facilitação sexual", com sentidos muito próximos do que estou chamando aqui de assistência

46 A inspiração argumentativa aqui vai a contrapelo à de Lowenkron (2015) analisando a construção social da cruzada antipedofilia em diversos planos. A autora argumenta que um dos eixos centrais de organização discursiva sobre esse tema, está no que ela denomina de "o paradoxo da família", cujo objetivo é revelar como a noção historicamente construída de que a unidade doméstica é o principal lócus do abuso sexual infantil não desfez o seu estatuto moral privilegiado de instância prioritariamente responsável pelo cuidado, pela proteção e pela normalização sexual das crianças. Tendo em vista que uma das direções da gestão contemporânea das deficiências é se afastar da figura da criança, principalmente quando se trata do tema dos direitos sexuais e reprodutivos, a divisão entre as responsabilidades e os responsáveis tende a ser buscada de forma mais horizontalizada, em meio a relações assimétricas, entre famílias e outras instâncias de cuidado e proteção.

sexual. Esse conjunto de debates tem levantando questões sobre as possibilidades, limites e constrangimentos na relação entre direitos sexuais de pessoas com deficiência e (não) regulamentação do mercado do sexo.

Em meu material etnográfico o recurso ao mercado do sexo é algo comum, principalmente quando ele se conforma na relação entre redes familiares, instituições e mercado do sexo tanto em Barcelona como no Brasil:

> Laura, por volta de 55 anos de idade, loira, pele clara, baixinha, gordinha, com voz anasalada, trabalha em uma função bastante reconhecida há muitos anos em um importante serviço de saúde em São Paulo. Expliquei meu intuito de pesquisa: "a ideia é entender como os diferentes atores negociam a questão da sexualidade nas redes de cuidados que envolvem pessoas com deficiência" – ela me cortou neste momento e disse: "elas não negociam" e deu uma risadinha, como quem sabe muito bem do que está falando – como uma experiência presente, e depois de fazer esse comentário ela se emocionou. Ela tem um filho com síndrome de Asperger (um dos tipos de autismo), Marcelo, que atualmente tem 29 anos e trabalha em um hospital infantil.
>
> Quando Marcelo tinha 22 anos, Laura decidiu procurar uma "garota de programa", pois segundo ela, ele não conseguiria "ter um encontro com uma mulher, conquistar, namorar uma mulher". Assim, pediu ajuda de uma assistente social que trabalhava com um grupo de trabalhadoras no sexo na zona leste. Pediu para que a moça fosse "normal" ("porque tem muita garota muito derrubada por aí"), parecia que o "normal" "era nem feia, nem bonita". A assistente social sugeriu duas, uma jovem (18 anos) e outra mais velha (30) e mais experiente com este trabalho. Laura disse que preferiu a mais velha também por conta de sua experiência, para saber lidar com a situação de envolvimento emocional (acredito que ela também tenha escolhido a mais velha para imprimir uma diferença de idade, pois a de 18 estaria mais próxima em idade de Marcelo). Foram Laura, o marido e Marcelo encontrar Rosana no metrô. O combinado era de encontrá-la e depois Rosana seguiria com Marcelo para um hotel de seu conhecimento, na zona norte de São Paulo. Laura ficou com o marido

em um bar tomando cerveja enquanto os aguardavam. Ela comentou: "ele teve sorte, a moça era toda bonita". De acordo com ela, perguntou ao filho se ele gostaria do encontro, e explicou o que fazia uma "garota de programa" – "garotas de programa se encontram sexualmente com homens/pessoas quando elas não têm namoradas, parceria, ou quando estão tristes". Nessa conversa o filho perguntou se ela seria como uma "professora do sexo" – Laura disse que sim, criando uma explicação pedagógica, e um modo de lidar com isto que fosse para Marcelo um aprendizado.

Quando o encontro terminou, os quatro se encontraram novamente e Rosana ficou fazendo brincadeiras: tentando criar uma cena de intimidade - dizendo que ela e Marcelo tinham um segredo, tinham assuntos apenas entre eles - "que não incluíam Laura e o marido". Os pais fizeram brincadeiras com ele, pois a moça era bonita ("teve sorte!"). Segundo Laura, Marcelo encontrou-se três vezes com Rosana, estas últimas sem o acompanhamento dos pais, e segundo ela quando "ele percebeu que era uma coisa mecânica" se desinteressou. Em outro momento da conversa, quando falávamos sobre as atividades de seu filho na internet – disse que uma vez o irmão, observando as atividades de Marcelo no Facebook, percebeu que ele compartilhava anúncios de "garotas de programa": "morena", "bonita" "faz isso e outro" – de acordo com a mãe ele encontrou estes anúncios, "achou legal", e compartilhou. Para Laura, seu filho não relaciona o que aconteceu entre ele e Rosana como "prostituição". Ela foi conversar com o filho a respeito dos anúncios que compartilhou e explicou que era "prostituição", e que nesse contexto existe "aqueles que exploram mulheres, que ganham dinheiro com o trabalho delas" - tentou explicar uma relação de proxenetismo – e que ele ao compartilhar aqueles conteúdos estaria colaborando com isso. Marcelo apagou os posts (Caderno de Campo, São Paulo, fevereiro, 2015).

Tem sido bastante comum na relação entre familiares e trabalhadoras sexuais encontrar essa percepção de que elas seriam "professoras de sexo". Essa figura apareceu em várias de minhas conversas com trabalhadoras sexuais, em especial com Sofia. Eu a conheci por meio de minha aproximação com

Aprosex – uma associação de trabalhadores/as sexuais (na qual a maioria se define como *scorts*) de Barcelona, que passou a se interessar pelo tema da assistência sexual durante o ano de 2013, e promoveu algumas conversas com o grupo de *Sex Asistent*, que foram permeadas de tensões sobre o tema como serviços sexuais[47]. Esses encontros aconteceram em um espaço chamado *Sex Academy*, localizado no bairro de classe média de Barcelona (Gracia) que poderia ser definido como um misto de sex shop e uma "escola de sexologia", pois além de vender objetos e produtos eróticos, também disponibilizava espaços para oficinas e cursos diversos sobre temas de erotismo, no qual Aprosex na época coordenava alguns deles ("como fazer *streap-tease*, sexo oral etc), e eram ministrados pelos/as os/as integrantes da associação. Conversei com Sofia em sua casa, em um bairro de classe média menos tradicional que Gracia (Sans), considerado por muitos como um local importante das "lutas obreras" da cidade. Sofia é morena, tem olhos verdes, cabelos longos e negros, cintura fina, busto e quadris grandes. Ela morava e atendia seus clientes no mesmo espaço, o qual era divido para essa finalidade com divisórias móveis. O local era bastante iluminado, permeado de velas, incensos e cores, o que tornava o ambiente bastante agradável e aconchegante. Sofia definia-se como "metade peruana, metade das ilhas canárias", e comentou que atuava no mercado do sexo há apenas um ano, pois havia sido demitida de seus dois empregos anteriores no setor de hotelaria. Afirmou que muitos clientes com deficiência física, principalmente os que utilizavam cadeiras de rodas, a procuravam, mas o edifício no qual se encontrava seu apartamento não era ainda totalmente acessível, por isso declinava de muitos desses encontros. Na época de nossa conversa, comentou sobre um cliente com autismo, de aproximadamente 18/19 anos, trazido pela primeira vez por seu irmão, e uma segunda por sua mãe. Sofia disse que se sentiu como uma professora ao atender

47 Para ver mais sobre esse contexto e tensões ver: García-Santesmases e Ferreira (2016).

ao "niño" que fazia diversas perguntas, por exemplo "o que era sexo", o que era uma "cunilíngua" e também devia ser guiado a cada momento do encontro. Ela descreve esse encontro em um fórum sobre mercado do sexo em Barcelona, no qual foi aberta uma discussão sobre "discapacitados":

> Creo que ante todo, todas las personas con o sin discapacidad debemos ser tratadas por igual, hace unos meses recibi la llamada de un chico que me comento que tenia un hermano con cierta discapacidad (autista) y me pregunto si tendria algun reparo en recibirlo pues estaba en una edad en la que las hormonas empiezan a alborotarse y bueno de iniciarse sexualmente, me explico que aunque tenia esta discapacidad era un chico muy despierto y curioso, y ademas visitaba el foro con frecuencia y le habian llamado la atencion mis fotos al principio me tomo por sorpresa y dude un poco, pero me dije a mi misma porque no? la verdad fue una experiencia gratificante, fue como enseñarle a un niño a caminar o a comer solo, hace unas semanas me lo trajeron por 2da vez, pero esta vez fue la madre del chico quien lo trajo, yo no sabia como actuar y bueno lo unico que se me ocurrio fue hacer pasar a la señora al salon de mi casa y conversar con ella con total naturalidad, en fin no es una situacion facil pues creo que hay que tener una predisposicion especial, y no todos somos capaces de asumir segun que situaciones, pero creo que si con esto ayudamos a dar un poquito de felicidad a "gente especial" al menos en mi crea una gran satisfaccion personal, saludos (Sofia Hot – Fórum de discussão sexo e mercado BCN, 2013[48]).

Os modelos de cuidado que relacionam redes familiares e mercado do sexo são acionados a partir da avaliação das capacidades e incapacidades dos sujeitos, principalmente considerando uma estética adequada para relacionamentos/encontros

48 Disponível em: <https://www.sexomercadobcn.com/sexo-y-diversidad-funcional-o-discapacidad-t250381.html>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

sexuais para aqueles considerados incapazes de produzi-los. O balanço e a produção dos sentidos de consentimento sexual e vulnerabilidade, emergem considerando uma rede de mediações, que tenta horizontalizar agenciamentos que não deixam de ser assimétricos, uma vez que partem de diferenças de autoridade, competência e conhecimento (VALLE, 2015).

Durante a pesquisa, eu não encontrei mulheres com deficiências nessas situações, nas quais redes familiares e serviços sexuais "clássicos" se encontram. No entanto, outros estudos (KULLICK; RYDSTROM, 2015) e bens culturais mostram a presença delas[49]. Encontrei Renato, aproximadamente 40 anos, possui um Studio em São Paulo na região do Jabaquara, no qual trabalha como massagista tântrico, através de um cartão comercial "escondido" no meio de muitos outros, que nada tinham a ver com oferta de serviços sexuais, em uma feira comercial na cidade voltada para reabilitação e para o tema da deficiência. Renato atende algumas pessoas com deficiência, dentre elas duas mulheres, uma surda e outra com uma deficiência congênita, na qual seus membros superiores e inferiores são muito pequenos. Ela movimenta-se em uma cadeira de rodas. Segundo ele, foi esta última que distribuiu seu cartão comercial na feira. O relato de Renato apresenta uma mulher com deficiência com autonomia: buscou seus serviços muitas vezes, até que se mudou para Maceió, para tornar-se professora universitária. Nessa mudança, sua cliente pediu a indicação de outro profissional que pudesse atendê-la na região, ao que ele respondeu:

49 O documentário australiano Scarlet Road mostra mulheres com deficiência que acessam serviços sexuais, e o documentário Yes, we fuck propõe um modelo de assistência sexual pautado na ideia de assistência pessoal e autoerótica, na qual a protagonista também é uma mulher com deficiência. Sobre este último ver: Garcia-Sasmantese (2017)

> Queria que eu indicasse alguém: "Me indica uma pessoa que trabalhe com você. " Eu falei: "Não, só eu mesmo. " Porque eu confio no meu trabalho, depois acontece alguma coisa, sei lá. Depois vem falar "Pô, Renato", entendeu? Porque ela é uma pessoa que não tem defesa, não sabia se defender, entendeu? Você mobiliza um monte de gente, pede ajuda a alguém na rua para ajudar a trazer, para descer (a cadeira de rodas), levar ela no banheiro, entendeu? É uma mobilização muito grande, demoro para atendê-la, levo mais de duas horas pra fazer tudo isso, mas eu vi que não é o dinheiro, é a satisfação de poder atender uma pessoa deficiente físico. Eu gostaria de trabalhar com esse público, mas a sexualidade deles é complicada. Uma pessoa, por exemplo, que não se mexe, como ela vai se dar prazer? Você imagina uma pessoa que não mexe os braços ou as pernas. Não tem como. Ela precisa de uma pessoa, o profissional.

A vulnerabilidade da cliente de Renato é encontrada na materialidade de seu corpo, mas de certa forma amenizada quando ele descreve suas conexões sociais. Mencionei anteriormente a importância de mostrar politicamente como a vulnerabilidade de pessoas com deficiência não apaga seu consentimento sexual e a capacidade de tomar decisões, no entanto, nesse debate, também se presume lugares definidos de antemão como lugares de vulnerabilidade, o que não é difícil acontecer quando se trata de mulheres com deficiência. Foi comum encontrar relatos nesse universo de pesquisa, principalmente da parte daqueles atores autorizados a dar assistência e cuidado, de que quando se trata de mulheres com deficiência "é sempre abuso". Nesse cenário, se sobreporiam duas dimensões das figuras de vulnerabilidade, a primeira ligada à deficiência e do "mediado" ser considerado muitas vezes como relativamente incapaz de distinguir situações de abuso, e a dos casos mais paradigmáticos da violência sexual: mulheres e crianças. Essa junção pode produzir uma tecnologia feminilizadora, no sentido

de Debert e Oliveira (2012), no reconhecimento de situações de violência e abuso que envolvem pessoas com deficiência[50].

Rotinas domésticas e produção de subjetividades – uma cena etnográfica na cidade de Barcelona

As derivas que fiz pelas redes que articulavam deficiência e sexualidade em Barcelona, permitiram perceber que trocas entre sexo-dinheiro e pessoas com deficiência, muitas vezes denominadas de assistência sexual, aconteciam no âmbito do mercado do sexo, em locais (principalmente "pisos") que ofereciam e anunciavam serviços sexuais especializados para atender homens com deficiência. Um dos serviços mais conhecidos nesse sentido, era a casa da Sra. Hollywood. Conversamos em sua casa, que ao mesmo tempo era o local para os encontros entre clientes e trabalhadoras sexuais. O apartamento localizava-se em uma região central de Barcelona, em um prédio como qualquer outro da vizinhança - o código era o da discrição. Ao chegar fui atendida por uma mulher responsável pelos serviços domésticos na casa: ela tinha aproximadamente 50 anos, cabelos castanhos, pele relativamente clara, e um sotaque ao falar castelhano que não identifiquei.

Adentrei o apartamento e passei a seguir esta mulher que me dizia: "passa, passa"! O piso está disposto de maneira que

50 Kulick e Rydstrom (2015) apontam como muitas vezes há uma tensão "irreconciliável" entre o direito de pessoas adultas explorarem seu direito de viverem sua sexualidade e seus relacionamentos, mesmo que isso implique em ter "mau sexo" e relações infelizes, e a visão protetiva de quem possibilita suportes e/ou ajudas na direção de evitar abusos. Eles ainda afirmam que esse tipo de apreensão sobre o abuso ou relações não consensuais tem recaído com maior intensidade sobre mulheres com deficiência, principalmente aquelas com deficiência intelectual.

os que entram ali sem a intenção de contratar os serviços, não conseguem visualizar os quartos e os locais para os encontros. Passei por duas salas com muitas luminárias, móveis com bibelôs, sofás e cadeiras estofadas, e cortinas de tecidos volumosos que compunham um ambiente de cores avermelhadas, terrosas e com toques de dourado. Nas paredes não faltavam retratos de Marilyn Monroe, Rita Hayworth, Sofia Loren, Brigitte Bardot, Audrey Hepburn – as "divas" do cinema dos 40 aos 60 estavam muito bem representadas, junto aos cartazes dos filmes que consagraram estas atrizes. Misturado a tudo isso, estavam fotos da senhora Hollywood em entrevistas a revistas e periódicos de bastante circulação na Catalunha. Cheguei a uma pequena biblioteca, conduzida pela senhora da porta, que me ofereceu algo como água ou café. Sentei em uma poltrona grande, estofada com tecido de detalhes de pele de zebra, e rapidamente fui advertida por minha cicerone que não me sentasse ali, apontando para o sofá de dois lugares à frente. O lugar estava repleto de livros de literatura universal e coleções completas da história da Catalunha. A Sra. Hollywood é uma mulher de aproximadamente 60 a 65 anos, cabelos loiros e está sempre muito bem-arrumada em suas apresentações públicas. Em nossa conversa não foi diferente, ela levava nos olhos maquiagem de cor azul-acinzentado, vestia um conjunto negro de camisa de manga longa e calça comprida com brilhos bordados na gola. Os cabelos impecavelmente arrumados em um coque clássico, de forma que a parte da frente do penteado desenhava uma franja "afofada", num estilo "clássico cabelo dos 60". Durante nossa conversa gesticulava com as mãos, e pedia licença, pois o telefone não parava de tocar:

> Ya, nosotros tocamos hace dos años el tema de los discapacitados. Esta muy bien porqué veo que en España o en Cataluña, si como en Suecia dicen que las señorita que tienen que hacer señores con problemas tienen que tener una preparación, siempre creo que las nuestras tienen esta ternura, este algo especial y pueden llevar muy bien con estos muchachos que creo que ha sido una suerte para ellos poder encontrar un sitio donde comportarse como otros señores con las necesidades propias que son las necesidades del sexo. Nos ha costado un poco introducirnos en el tema de los discapacitados porqué han habido bastantes problemas, con las instituciones, que les han costado un poco de entender, con las familias... Aquí un día vino un matrimonio a traerme al hijo y muy bien, lo estamos llevando muy bien. Me siento feliz después de tantos años de haber hecho felices a tantísimas personas (...). Yo tuve la buena suerte, yo creo que las buenas ideas surgen de otras personas, pero pueden salir perfectas. En este caso conocí a una persona que estaba en el hospital Gutman, que es el sitio más importante de Barcelona donde atienden a todas las personas con discapacidad, entonces gracias a esta persona, comentarlo, hablarlo, pues empezamos a tratar todos estos temas de las instituciones, y vinieron para acá y fue gracias a la idea de este señor que me habló de este tema cuando pensé pues, nosotras lo podemos hacer perfectamente, y naturalmente. O sea que la idea surgió un poco por mediación de este señor que está en la Gutman, que en Gutman como son un poco del Opus Dei, quieren que este tema este quieto y no quieren tocarlo que me parece muy bien.

No trecho de minha entrevista com a Sra. Hollywood é possível perceber, de modo etnográfico, algumas conexões entre mercado do sexo, serviços de cuidado e reabilitação de pessoas com deficiência, instituições e relações familiares. Gutman, expressão mencionada no trecho, é o maior hospital da Catalunha, na área de neurorreabilitação.

A partir da relação das pessoas e das informações que umas davam das outras, pude conversar com profissionais e com pessoas assistidas por uma instituição em Barcelona que

gerencia "residências comunitárias"[51] para pessoas com deficiência, oferece "oficinas" para este público e também atua de forma tutelar a sujeitos. Essa instituição tem várias unidades na cidade de Barcelona, estive em uma delas que ocupava um prédio térreo com escritórios para administração e algumas salas para atividades de arte educação. Ali, conversei com Carla, umas das técnicas responsáveis pelo gerenciamento daquela unidade. Era um dia de semana pela manhã e os funcionários se acomodavam em suas mesas e iniciavam seus afazeres, em meio ao cheiro de café que saía do fundo da sala. Funcionários e pessoas assistidas pela instituição entravam e saiam do local. Carla é catalã, magra, alta, olhos escuros, cabelos castanhos e longos. Usava calça jeans, blusa tipo moletom [...]. Foi a Sra. Hollywood quem facilitou o contato com ela. Rapidamente descobri que Carla, juntamente com outros profissionais que se ocupam do tema das deficiências, produziram materiais importantes referentes a deficiências e sexualidade. Ela compõe um comitê de ética aplicada na prefeitura de Barcelona e havia lançado um *"documento que es sobre cómo se trata la sexo-afectividad dentro de las residencias porque había muchos problemas éticos sobre cómo trabajar la sexualidad en las residências. Y esto a nosotros nos abre un poco el camino hacia lo que está bien."* Carla trabalhava nesta instituição há muitos anos, e tudo indica que o ambiente institucional já se ocupava deste tema e das estratégias para "solucioná-lo", antes de ser "moda", segundo ela, tratar o tema da sexualidade *"ahora ya es todo muy conocido, pero hace 15 años buscar una prostituta era muy complicado, no era nada abierto y esto se veía mal, directamente. Lo hacíamos silenciosamente porque no estaba bien visto, ahora se empieza a ver normal pero antes no era normal".*

51 Residências comunitárias é um tipo de institucionalidade na gestão da deficiência, muito comum em Barcelona. Normalmente são casas ou apartamentos nos quais pessoas com diferentes tipos de deficiência compartilham o mesmo espaço de moradia, sob a supervisão institucional.

Ela segue:

> Dentro de la sexualidad hay múltiples intervenciones. Lo de ir a la señora Hollywood sólo es una pequeña parte de personas que tienen esta demanda, la mayor parte de las personas no tienen esta demanda. Los que tienen esta demanda, ahora tenemos la Señora Hollywood que es fantástico, está todo bien allí, es todo muy agradable y nos tratan muy bien [...] Hay tantas sexualidades como personas entonces cada uno tiene sus cosas, ¿no? Hay parejas que necesitan algún tipo de ayuda para la satisfacción de ella por las limitaciones físicas de él... no sé, hay personas que necesitan ayuda para la auto-excitación, para aprender a masturbarse bien... es muy variado [...] entonces claro, lo de ir a la señora Rius lo hacemos pero de todos los usuarios es un pequeño porcentaje. Porque la señora Rius también ofrece servicio para chicas pero de momento no tenemos ninguna chica que se haya decidido a ir.

Em diversas situações a dimensão da sexualidade de pessoas com deficiência era percebida como uma extensão da rotina de cuidados dispensados à pessoa. Em minha conversa com Carla, ela também mencionou que não há necessidade de buscar por profissionais de fora da instituição para acompanhar homens à Senhora Hollywood, pois aqueles/as que trabalham ali dizem *"igual que le acompaño al médico, pues le acompaño a la señora Hollywood, no hay mayor problema".*

Segundo as pessoas que trabalhavam na instituição, não havia, por parte das mulheres assistidas, demandas por sexo pago, mas ao mesmo tempo, parecia que a maior parte da experiência sexual delas (que foi pouco mencionada) era lida na chave do abuso. Um sinal disso, a meu ver, era a inexistência do debate sobre práticas anticoncepcionais dirigidas a elas. Nesse sentido, a pedagogia sexual e as práticas de produção de saúde sexual nesse contexto, como afirma Butler (2001), atuam na construção da materialidade dos corpos que governam. Percebi então que havia uma centralidade em gestar e produzir a "normalidade" sexual de homens com deficiência.

As interações nesse âmbito não produziam um repertório necessariamente de "sentimentalização de relações". Um aspecto que gostaria de ressaltar é a de uma pedagogia sexual em torno aos cuidados, preocupada com a saúde sexual:

> (...) por ejemplo, esta persona vemos que si se masturba el pene está todo rojo y se hace daño, entonces buscamos ayudarle de otras formas y buscamos asesoramiento en una persona del país vasco que le dice que se ponga guantes... y siempre intentando coger la mano de la persona, no con la mano del asistente. Y se intentó. Bueno, alguno salió bien y alguno no salió bien y sigue haciéndolo mal... Pero siempre que se quiere intervenir la persona se corta entonces está difícil, quizá ahí sí que podemos necesitar un asistente sexual que nos ayude. Pero son cosas tan puntuales que yo no sabría buscar una formación. Porque depende del momento de lo que se ve, si dentro del equipo de educadores de aquel chico o chica, hay alguien dispuesto a hacer lo que sea y generalmente sí que hay. Siempre que hemos necesitado a alguien, hay alguien dispuesto. A veces me preguntaban ¿qué hacéis aquí cuando contactáis al personal? ¿Preguntáis si estará dispuesto a ayudar a masturbarse a alguien? Pues no, ni se me ocurriría. Tampoco le pregunto si estaría dispuesto a limpiar el culo a nadie y aquí se limpian culos (...) no hacemos cosas extraordinarias, hacemos cosas normales. No tenemos una formación específica. A veces si hiciera falta ayuda para algo pues la buscamos, igual que buscamos si hay que enseñar a alguien a que se masturbe mejor vamos a preguntar a un profesional cómo hacerlo para no hacer ninguna barbaridad.(¿Y alguna vez puede pasar que un educador sea la persona que ayude en ese proceso de masturbación?) A enseñarle. Sí. Ayudar nunca, es decir, nosotros enseñamos a, no masturbamos. Porque este es otro servicio ya sexual, no de asistente. A mí este ya me parece un servicio de trabajador sexual así que si quiere esto que se vaya a la señora Hollywood. Aquí está la parte de aprendizaje. Si tú necesitas aprender esto nosotros te ofrecemos un apoyo, si tú necesitas aprender a como secarte los pies, te ofrecemos este apoyo; pero si tú necesitas que te masturben, aquí no hacemos este servicio (...) porque si no se crea mucha confusión. Y aquí somos facilitadores de apoyo pero no somos un servicio sexual. Porque tú piensa que en los pisos hay una conexión muy estrecha. La parte emocional es

> muy fuerte y no se puede. No se puede confundir. (¿Te refieres a la relación entre educadores, cuidadores y las personas que viven en los pisos?) Sí. Los lazos son muy fuertes. Porque tú ves a las personas en sus momentos más íntimos de cada día, ¿sabes? Cuando te acuestas, cuando te levantas, si se ha masturbado, si ha vomitado... es la parte más íntima de la vida de las personas y los lazos son muy fuertes. Por eso es que las cosas tienen que estar en su sitio, ¿sabes? Una cosa es enseñar, ofrecer un apoyo. Igual que si vemos a alguien que se masturba en el comedor, pues esto no es una conducta adecuada o si lo vemos que se masturba en la parada de autobús, no, necesitas un sitio íntimo, pues dirigimos al baño o a la habitación. Es sentido común. Lo que es más normal.

As pessoas contratadas para trabalhar na instituição, designadas como educadoras, eram em sua maioria jovens (na faixa dos 30 anos), cursando ensino superior, e normalmente não tinham essa atividade como objetivo profissional a longo prazo, embora muitas estivessem ali há algum tempo. Tomar precauções e criar estratégias, tais como colocar luvas, não tocar nos genitais e evitar entrar em contato com substâncias (como secreções sexuais, que a meu ver, sempre estão implícitas nestas cenas) são práticas recomendáveis para produzir a moralidade e a adequação de sujeitos, cuidados e contextos – quer dizer, se reconhece que "o corpo do deficiente" como corpo – tem erotismo, mas as precauções vão no sentido de não erotizar a relação com este corpo, mantendo a fronteira entre cuidados e abuso[52] , e também produzindo o contexto institucional "que se importa", que "resolve" e trata o tema adequadamente.

Minha conversa com Carla se deu mais ao fundo da sala, sentadas uma de frente para outra perto de uma mesa – na tentativa de não atrapalhar o fluxo dos afazeres institucionais, e para que tivéssemos a "privacidade possível" naquele ambiente. Ao final de nosso diálogo, ela me pergunta se eu estava interessada apenas em pessoas com "discapacidad física", ou também

52 Agradeço a Laura Lowenkron por ter chamado minha atenção neste aspecto.

intelectual. Digo que gostaria de conversar com ambas. Ela se vira em direção à porta, e se dirige a Jean, um moço que circulava por ali, perguntando se ele poderia conversar comigo sobre suas idas à Senhora Hollywood. A pergunta foi feita como quem fala de longe com alguém, pois não estávamos perto dele, e no caso, todos da sala ouviram. A pergunta interpelativa de Carla não suscitou nenhum olhar ou interesse dos demais, mas produziu um raio congelante entre mim e o rapaz, não exatamente pelo tema, mas porque eu parecia ser a única que percebeu seu constrangimento, em meio àquele cenário que permaneceu o mesmo: pessoas trabalhando, telefone tocando, entra e sai de gente, demandas de gente e café amornando na cafeteira. Embaraçado, ele disse que poderíamos falar outro dia sobre o assunto.

Carla virou-se novamente para mim, dizendo: *(el) es bastante abierto, asi que por eso le he dicho así que....* Não esperei ela terminar, e fui imprimindo um tom de final na conversa. Feito isso, saí ao encontro de Jean, que ainda continuava por ali. Tentei "consertar" a situação: eu disse que a conversa poderia ser outro dia, que poderia ser quando ele se sentisse à vontade, e que poderíamos nos encontrar para comer algo ou tomar um café e conversar sobre o tema. Ele concordou, respondendo: amanhã. Combinamos de almoçar juntos, ele pediu para que eu voltasse ali, ele solicitaria dinheiro a uma das pessoas responsáveis no escritório e iríamos a algum lugar comer e conversar.

Voltei no outro dia, procurei-o em uma sala, depois em outra, e uma das mulheres que encontrei em uma delas avisou que ele logo chegaria. Fomos a um bar/restaurante que ele escolheu – o estabelecimento era conhecido por ele e por todos que trabalhavam na instituição. Percebia-se que Jean conhecia bem o proprietário e os garçons, pois faziam muitas brincadeiras entre si. Na época, Jean tinha 41 anos. Ele tem estatura baixa, e estava sempre com um boné da instituição. Usava uma calça jeans, uma camiseta, um sapato tipo social e levava na cintura um aparato para colocar seu celular e nos bolsos a embalagem

e instrumentos para fazer cigarros. Tinha dois ou três anéis nos dedos. Não pude deixar de notar a performance masculina de seu caminhar: peito estufado, passos duros, ombros para um lado e para o outro, no melhor estilo "invocado". No bar, nossa conversa demorou a fluir, e na verdade não fluiu tão bem assim, pois ele falava pouco. No entanto, a dificuldade não vinha de sua "discapacidad mental/intelectual", na verdade era um constrangimento que havia entre nós, e que vinha de outro lugar, talvez como desdobramento da cena do dia anterior, talvez porque eu ofereci pagar o almoço, porque percebi que estava sem dinheiro, não sei.

Jean mora com outras pessoas em uma das residências comunitárias da instituição, situada em um bairro no qual ele também possuía redes familiares de tios e primos. Ele é tutelado institucionalmente desde os 16 anos (por esta instituição à qual me refiro). Segundo ele, já não vive com sua família desde os 18 anos*: "cuando he hecho 18, pum! Me escapei"*. Já trabalhou em diversas ocupações: carpinteiro, pedreiro e a que mais gostava tinha sido a de jardineiro. Quando recebia seu salário nestes trabalhos (segundo ele, aproximadamente 900 euros), era essa instituição tutelar que guardava e administrava seu dinheiro. Naquele momento, estava desempregado, mas passava seus dias no escritório da instituição "ajudando" – segundo ele, buscava comida, entregava ou comprava coisas nas proximidades de acordo com a necessidade dos funcionários ou da instituição. Quando necessitava de dinheiro requisitava uma quantia, mediante justificativa. Grande parte de sua vida é administrada pelo "governo doce" da tutela (VIANNA, 1999): onde vive, o que come (porque uma vez ao mês todos saem para fazer uma compra para a residência – os residentes e o pessoal da instituição), o dinheiro para o transporte, os dias da semana que passa na instituição, sua presença diária no refeitório da mesma. Enfim, toda a sua vida está tramada com instituições e com a tutela, todos sabem o que Jean faz, onde está etc.

Aos 16 anos, ele e um grupo de jovens, acompanhados por um funcionário da instituição, estiveram na casa da Sra. Hoolywood para se iniciarem sexualmente. Jean disse que todos estiveram com a mesma "chica", mas em sua vez não queria estar com ela, pois queria estar com uma das mulheres que ele escolhesse, e assim foi. Esteve aí apenas uma vez, porque prefere eleger por conta própria os lugares e as "chicas". Os meios que mais utiliza para fazer suas escolhas são os classificados do jornal "la vanguardia" e a internet.

Disse que "ia de chicas" uma vez a cada dois meses. Sair com amigos e "ir de chicas" era o que fazia para divertir-se. Perguntei como fazia para pagar, uma vez que estava desempregado, respondeu que chama "seu tutor" e diz: "quiero ir de chicas, y ya esta, normal". Utiliza o dinheiro que tem guardado, o qual é administrado pela instituição tutelar. Segui questionando-o sobre por que era "o tutor" que administrava seu dinheiro, inclusive quando trabalhava: *"porque se não gasto tudo com chicas e com tabaco".*

Nas mudanças da intimidade que a noção de assistência sexual coloca para as relações entre público e privado, as rotinas domésticas são aquelas que (re) definem as formas de "fazer família", no sentido da criação de laços mantidos no âmbito da vida cotidiana que produzem socialmente parentes, nem sempre descritos em termos genealógicos, sendo mais bem percebidos como conexões significativas (*relatedness*) entre os sujeitos que envolvem socialidades, materialidade, afetividade e compartilhamento de substâncias (CARSTEN, 2000). No caso de parentes consanguíneos próximos a pessoas com deficiência, o esforço está mesmo que contingencialmente, em ampliar as redes de relações na produção de uma família extensa, para afastar a noção de "família que abusa". Se compartilhar conexões significativas e substâncias produz e forma relações familiares, não as compartilhar ou dar atenção especial aos modos de fazê-lo, também. Este é o caso daqueles que apoiam, ajudam e dão suporte a pessoas com deficiência em instituições

Trânsitos entre deficiências e vício em sexo e/ou amor

Ao ouvir de Jean este comentário, percebi que a musicalidade da perspectiva crítica que ele tinha de si era muito similar à de pessoas que se consideravam viciadas em sexo e/ou amor, com as quais convivi e ouvi durante alguns anos por conta de minha pesquisa de doutorado – que tratou da emergência das noções de vício em sexo e amor, a partir de grupos anônimos de ajuda mútua, convenções médicas e mecanismos de popularização destas categorias (FERREIRA, 2012).

Kulick e Rydstrom (2015) afirmam que o tipo de relação que pessoas com deficiência desenvolvem com seus apoios e ajudas pode ensinar que a concepção de pessoa ocidental como situada em um único corpo, seria inadequada, uma vez que o lócus da pessoa nesse contexto reside em uma rede de relações que precisam ser coordenadas para tornar possível a emergência da dimensão individual. No entanto, não é apenas nesse campo que tal questão pode ser observada. Argumento que na emergência de novas categorias patologizadoras e medicalizadoras da sexualidade, é possível perceber algo semelhante, e a aproximação e contraste desses dois planos de análise pode ter rentabilidade analítica.

Por exemplo, para compreender o vício em sexo e amor eu precisei entender como se dava uma espécie de distribuição da pessoa que articulava sentidos em meio aos diversos grupos pelos quais as pessoas circulavam, em busca de reparar o dano que tinham causado em suas redes de relações por conta de práticas sexuais, escolha de determinados relacionamentos e estados emocionais – como Madalena, mulher na faixa de 30 anos, negra, funcionária de um banco e frequentadora de vários grupos me disse: "Ah, Carol! quando eu vou no grupo eu deixo cada parte em um, nos devedores anônimos eu deixo a parte financeira, nos neuróticos anônimos o emocional, no mulheres

que amam demais anônimas o amar demais" – nesse cenário "gastar muito" em decorrência do vício ou "do meu processo" era algo muito recorrente.

A dimensão físico-moral do vício em sexo e/ou amor, considerado pelos frequentadores dos grupos, como uma doença crônica – aparecia nas narrativas dos sujeitos como uma espécie de "curto-circuito" na produção da pessoa. A capacidade de se autodeterminar sexualmente e de consentir, no sentido de tomar decisões para não se tornar um sujeito mais vulnerável, era produzida por meio da participação nestas redes entre grupos anônimos – participar das itinerações nos grupos permitia afastar o "vício de consentimento" e gerir o "consentimento viciado"[53] daqueles sujeitos em que as consequências de condutas consideradas não apropriadas eram inscritas, no âmbito da biografia pessoal, como um sofrimento.

O que liga estes dois planos de análise seria um governo dos cuidados de si, cujas narrativas estéticas e modos de gestão podem ser aproximadas, mas que implicam em efeitos diferentes. Nos dois planos, o cuidado pode ser pensado como um "governo doce", que não deixa de ser investido de vontade de domínio[54], sobre aqueles considerados não completamente capazes de gerir sua sexualidade, seja fisicamente e/ou de forma a se proteger ou

53 Recontextualizo a discussão de Lowenkron (2015) sobre estas noções no âmbito jurídico – como categorias que participam das controvérsias na invalidação do consentimento de pessoas adultas – aquelas que não são crianças ou incapazes mentais – dialogando com o que Gregori (2016) chama de "zonas cinzentas" nas relações que se estabelecem entre os termos de consentimento, vulnerabilidade e autodeterminação dos sujeitos – nestas zonas cinzentas parece que as noções de controle e descontrole de si seriam relevantes.

54 Embora se trate de contextos de pesquisa diferentes, os apontamentos de Vianna (2002), Lugones (2012) e de Lowenkron (2013) sobre a noção de cuidado como eixo simbólico que estrutura a gestão tutelar de menoridades, é relevante. Nessa perspectiva, o cuidado é pensado como um "governo doce", ainda que não deixe de ser investido de vontade de domínio.

discernir situações de risco e/ou perigo. Ainda, ambos contam com mediadores para aliviar sofrimentos, mal-estares e produzir noções de saúde e bem-estar. Nos grupos, essa mediação se dá pela "vigilância carinhosa"[55] produzida entre as pessoas que participam deles. A assistência sexual entendida como uma prática entre quem media (porque é "autorizado" a dar esta assistência e cuidado) e quem recebe esta "atenção"[56], deve ser inscrita em determinados scripts culturais, e é mais exitosa quando produz certa horizontalidade dos contextos assimétricos envolvidos.

Arrisco a dizer então, apoiando-me no par conceitual de Souza Lima (2002), "gestar e gerir"[57], como léxicos de duas dimensões decupáveis da mesma operação, os quais recortam e descrevem nuances no exercício do poder, que nesses dois planos há "gestão" que envolve pedagogias e um ensinar a ser e a fazer. Seria no plano do gerir, pensado a partir de tecnologias que singularizam segmentos sociais por meio de estatutos jurídicos e/ou de técnicas de poder que se esboçam os efeitos diferentes dessa fabricação do governo de si.

Nesse sentido, a noção de deficiência entendida como recurso de certa administração e categoria que se produz discursivamente, que nem sempre está dita, mas está operante, poderia

---

55 Agradeço a Adriana Vianna por ter utilizado esse termo nos comentários sobre minha pesquisa.

56 Agradeço a Carlos Guilherme do Valle por ter chamado minha atenção para vários aspectos na finalização desse texto.

57 As técnicas desse governo também são culturalmente marcadas por gênero (LOWENKRON, 2013) como sugere Souza Lima (2002) a partir do par gestar e gerir como léxicos de duas dimensões decupáveis da mesma operação que permite recortar e descrever nuances no exercício do poder. Gestar aponta para uma função constitutiva e pedagógica, de "maternagem", do ensinar a ser. Gerir estaria relacionado com o controle cotidiano de uma administração que controla espaços e mantém os desiguais em sues nichos, desenvolvendo assim uma "pedagogia dos lugares certos".

ser pensada como um mediador conceitual de campos. A gestão contemporânea da deficiência, pensada a partir de seus saberes sociais e políticos, na qual a assistência sexual é uma delas, atua na plena constituição do deficiente como sujeito, inclusive em termos de seus "direitos", e na sua construção de si. Ainda, nessa relação de mediação cultural e política é possível perceber como *retóricas da gratidão* (VIANNA, 2005) expressas pelos atores autorizados, em um determinado momento e circunstância, em dar assistência e cuidado, anunciadas de formas variadas, por exemplo, *não é o dinheiro, é a satisfação de poder atender uma pessoa deficiente físico*; *la verdad fue una experiencia gratificante*, ou ainda, na satisfação de ter encontrado uma "garota de programa" bonita para o filho, revelam elementos emocionais importantes na constituição dessa cidadania[58], que não descartam "tensões irreconciliáveis" (KULLICK; RYDSTROM, 2015) e até uma certa "opressão da bondade" (VIANNA, 2005) nesse âmbito.

O modelo da deficiência originário da visão biomédica tem sido um terreno fértil para a proliferação do conhecimento e das terapêuticas sobre "disfunções sexuais" e "funcionalidade sexual" (MEINERZ, 2010), característicos da "segunda onda sexológica" (RUSSO, 2013). Se pensarmos os elementos implicados na emergência histórica de um "novo" regime secular da sexualidade, parece que os deslocamentos da noção de deficiência dos saberes médicos para os saberes sociais não

58 Inspiro-me nas proposições de Das e Addlakha (2001) sobre a noção de "cidadania doméstica", nas quais as autoras deslocam a esfera do doméstico, como um âmbito convencionalmente atrelado ao privado, para tomá-la como uma esfera produtora de diferentes tipos de cidadania, produzidas não apenas através do associativismo comunitário, mas também em noções de público constituído por meio de vozes, muito próximas de tornarem-se forças políticas. As autoras argumentam que emparelhando ideias de doméstico e de cidadania, as representações de comunidade, Estado e cidadania emergem como entidades mais complexas, nas quais os temas da adesão e do pertencimento são produzidos e ordenados a partir de lugares dispersos em meio à vida cotidiana.

têm anulado a capacidade dos primeiros em criar "novos" e/ou "outros" deficientes. Os saberes médicos geram conjuntos singulares de técnicas de produção de sujeitos, dotados de certa concepção de si e de certa corporalidade, com legitimidade de produzir características que Carrara (2015) aponta como organizadoras de processos de patologização, medicalização e criminalização, nesse novo regime, daqueles que não teriam autocontrole suficiente em face do próprio desejo sexual, ao colocar a integridade de si e de outros em risco.

Referências

ASSIS SILVA, C. A. *Cultura Surda:* agentes religiosos e a construção de uma identidade. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

ASSIS SILVA, C. A.. Deficiência e Direitos Humanos em debate: história do movimento social e transformações recentes. In: ENCONTRO ANUAL DA ANDEPH – DIREITOS HUMANOS, DEMOCRACIA E DIVERSIDADE, 7., 2012, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Andeph, 2012.

ASSIS SILVA, C. A.; ASSÊNSIO, C. B. Setembro Azul: mobilização política nacional a favor das escolas bilíngues para surdos. *Ponto Urbe*, São Paulo, v. 9, p. 1-13, 2011.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.

CAVALHEIRO, A. M. *Com outros olhos*: uma etnografia da "cegueira" e "deficiência visual". 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DAS, V. *Stigma, contagion, defect*: Issues in the Anthropology of Public Health. Trabalho apresentado durante a Conferência do National Institute of Health (NEH), 2001.

DAS, V.; ADDLAKHA, R. Disability and Domestic Citizenship: Voice, Gender, and the making of the Subject. *Public Culture*, v. 1, n. 3, 2001.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, Amanda Marques de. A feminização da violência contra o idoso e as delegacias de polícia. *Mediações*, Londrina, v. 17, n. 2, 2012.

FERRAZ, C. V.; LEITE, G. S.. Comentários Artigo 23 – Respeito pelo Lar e pela Família. Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Novos Comentários, 2014.

FERREIRA, C. B. C. Códigos de gênero e sexualidade entre consumidores de mercados do sexo na espanha. Relatório. Relatório Final referente à Bolsa de Estágio Pós-doutoral inserida no projeto de Cooperação Internacional (CAPES/DGU, processo 1237/11), 2014.

FERREIRA, C. B. C. Produção de corpos e cuidados: deficiências, erotismos e mercado do sexo. Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo – FAPESP. Projeto de Pesquisa de Pós-Doutorado, 2014.

FERREIRA, C. B. C. "Yes, we fuck": sexualidade, "diversidade funcional" e mercado do sexo. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ANTROPOLOGIA, 5., 2013, Vila Real. Disponível em: <https://www.academia.edu/6922944/_Yes_we_fuck_sexualidade_diversidade_funcional_e_mercado_do_sexo__Apresenta%C3%A7%C3%A3o_na_V_Reuni%C3%A3o_da_Associa%C3%A7%C3%A3o_Portuguesa_de_Antropologia>. Acesso em: 20 set 2017.

FERREIRA, C. B. C. *Desejos Regulados*: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes. 250 p. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012.

FRASER, N. *Unruly practices*: power, discourse and gender in contemporary social theory. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989.

FREMLIN, P. T. *Corporalidades de chumbados*: uma etnografia de pessoas com deficiências físicas no rio de janeiro. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GARCÍA-SANTESMASES, A. *Cuerpos (im)pertinentes*: Un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional. 2017. Tese (Doutorado) – Universitat de Barcelona, 2017.

GARCÍA-SANTESMASES, A.; FERREIRA, C. B. C., Fantasmas y fantasías: controversias sobre la asistencia sexual para personas con diversidad functional. *Pedagogia e Treball Social – Revista de Ciencias Socials Aplicades*, v. 5, n. 1, p. 3-34, 2016. ISSN: 2013-9063.

GREGORI, M. F. *Prazeres Perigosos*: Erotismo, Gênero e Limites da Sexualidade. IFCH/Unicamp. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

GREGORI, M. F. Práticas eróticas e limites da sexualidade: contribuições de estudos recentes. *Cad. Pagu* [online], n. 42 p. 47-74, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332014000100047&lng=pt&nrm=iso>.

KULICK, D.; RYDSTROM, J. *Loneliness and its opposite:* sex, disability, and the ethics of engagement. Duke University Press: Durham; London, 2015.

LANNA JUNIOR, M. C. M. (Comp.). *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LEANDRO, C. Corporalidades e novos erotismos na experiência da deficiência física. Disciplina Seminário de Tese, Unicamp, 2014 (mimeo).

LOPES, P. *Negociando deficiências*: identidades e subjetividades entre pessoas com "deficiência intelectual". 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

LOWENKRON, L. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cadernos Pagu*, v. 45, 2015.

LOWENKRON, L. As várias faces do cuidado na cruzada antipedofilia. Comunicação apresentada na Mesa-Redonda "Diferentes dimensões do cuidado e novas clivagens sociais" do 37º Encontro Anual da ANPOCS, setembro de 2013.

LUGONES, M. G. *Obrando en autos, obrando en vidas*: formas y formulas de Protección Judicial en los tribunales Prevencionales de Menores de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XXI. Rio de Janeiro: E-papers, 2012.

MAGALHÃES, E. B. *O corpo rebelado*: dependência física e autonomia em pessoas com paralisia cerebral. 2012. 322 p. Tese (Doutorado em Educação Brasileira e Ciências Sociais) – Universidade Federal do Ceará, École Doctorale Sciences Humaines et Sociales da Université de Strasbourg, Fortaleza, 2012.

MEINERZ, N. E. Corpo e outras (de)limitações visuais: uma análise antropológica da Revista Sexuality and Disability entre os anos de 1996 e 2006. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 25, n. 72, 2010.

RAPP, Rayna; GINSBURG Faye. Enabling Disability: Rewriting Kinship, Reimagining Citizenship. *Public Culture*, v. 13, n. 3, 2001.

RUSSO, J. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 14, 2013.

SIMÕES, J. *Assexuados, libidinosos ou um paradoxo sexual?*: Gênero e sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual. 2014. 182 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2014.

SOUZA LIMA, A. C. de. (Org.) *Gestar e Gerir*: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia Política/UFRJ, 2002.

VALLE, C. G. do. Apresentação – etnicidade e mediação como política e cultura. In: _____. (Org.). *Etnicidade e mediação.* São Paulo: Annablume, 2015.

VIANNA, A. Atos, sujeitos e enunciados dissonantes: algumas notas sobre a construção dos direitos sexuais. In: MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. (Org.). *Discursos fora da ordem:* sexualidades, saberes e direitos. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2012.

VIANNA, A. Quem deve guardar as crianças? Dimensões tutelares da gestão contemporânea da infância. In: SOUZA LIMA, A. C. de. (Org.) *Gestar e Gerir:* estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia Política/UFRJ, 2002.

VIANNA, A. Direitos, moralidades e desigualdades: considerações a partir de processos de guarda de crianças. In: LIMA, R. K. de. *Antropologia e Direitos Humanos 3*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2005.

VIANNA, A. R. B. *O mal que se adivinha*: polícia e menoridade no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1999.

CAPÍTULO 4
ESCRITOS DE UMA DESIGUALDADE EM SAÚDE

Silvia Guimarães

Em cinco de janeiro de 2013, Helena[59] Xavante, com 61 anos de idade, iniciava sua estadia na Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI DF), vinha referenciada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, por apresentar "complicações vasculares periféricas em pé esquerdo", devido ao diabetes *mellitus*, conforme constava em seu prontuário. O processo de adoecimento de Helena também é denominado pelos profissionais de saúde de "pé diabético", o qual se encontrava com extenso comprometimento do antepé. Essa estadia durou dois anos, de 2013 a 2014, quando ficava hospedada na CASAI DF por, aproximadamente, duas semanas por mês para ser atendida no Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB) e, em seguida, retornava a sua aldeia. Em janeiro de 2015, Helena faleceu com problema renal proveniente de complicações do diabetes *mellitus*.

De acordo com os Xavante, Helena estava em sua casa, sua pressão subiu muito, ela passou muito mal e vomitou, quando solicitaram o carro do Distrito Sanitário Especial Indígena

59 Todos os nomes são fictícios para preservar as pessoas que aceitaram participar da pesquisa. Esta pesquisa contou com financiamento do CNPq e FAP DF. Agradeço a Jaime Valencia pela leitura e contribuições na escrita do artigo, contudo devo eximi-lo dos equívocos que possam ser encontrados.

Xavante para levá-la ao hospital do município de Barra do Garças (MT). No entanto, ela acabou falecendo antes de ter assistência hospitalar. A notícia do falecimento de Helena me foi dada por outra Xavante, Luiza, que se encontrava na CASAI DF, realizando tratamento de "pé diabético" também no HUB. Luiza vivencia uma experiência semelhante à de Helena, o que parece descortinar uma nova versão de uma biografia da desigualdade na saúde. Este trabalho pretende problematizar os processos de incorporação da desigualdade em saúde no universo indígena a partir do caso de Helena.

Para tanto, as histórias contadas por Helena ao longo de suas estadias na CASAI DF, com a qual convivi, e de outros Xavante, que também realizavam e, ainda, realizam tratamento em Brasília, além de entrevistas com profissionais de saúde que trabalham com a temática indígena ou que atuam na atenção básica na rede do DF, compõem os dados da análise da biografia de Helena. Também foram analisados prontuários referentes à doença de Helena. Nesse sentido, o trabalho de campo focou em coletar narrativas sobre o processo de adoecimento de Helena. De acordo com Good (1996), as narrativas são culturalmente estruturadas e isso reflete ou dá forma a distintos modos da experiência vivida. No caso dos Xavante e do processo de adoecimento proveniente do diabetes *mellitus*, o adoecer terá especificidades e se diferenciará do vivido por outros grupos sociais. Assim, as narrativas recontadas têm um papel na constituição da doença e sua experiência. Na vida Xavante, o diabetes *mellitus* recebe uma releitura por parte desse povo que, cada vez mais, convive com esse processo de adoecimento. Nos termos de Good (1996), pode-se dizer que as narrativas sobre o processo de adoecimento de Helena constroem eventos, fornecem às experiências vividas sentidos, permitem o entendimento sobre o evento ou a história da experiência. Desse modo, uma boa história relata ou seleciona e organiza eventos naquilo que é significativo coletivamente. A vida social marcada por processos de adoecimento pode ser organizada em narrativas, o que é

uma maneira como a experiência é representada e recontada, o que faz com que os eventos passem a ter uma forma coerente de ordem e significados.

O caso de Helena transparece a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil, os quais apresentam os piores indicadores em saúde em comparação com o restante da população, revelando um quadro marcante de desigualdade (COIMBRA; SANTOS, 2000). Tal situação é encontrada entre grupos indígenas de diversas partes do mundo, descortinando a desigualdade em saúde como elemento comum e unificador dos grupos indígenas ao redor do mundo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1997). De acordo com Leandro (2011), o grande desenvolvimento tecnológico em saúde observado desde o século XIX e, também, as grandes transformações socioeconômicas e a melhoria das condições sanitárias durante o século XX têm permitido melhorar os modos de vida. No entanto, não contribuíram para diminuir as disparidades perante a saúde, a doença e a morte. De acordo com Fassin (1996), atualmente, vive-se uma era da "civilização das desigualdades", pois se observa essas últimas acentuarem-se. E isso vem ocorrendo por meio de processos de incorporação da desigualdade nos corpos. Há uma interferência dos marcadores sociais, de gênero, raça e etnia nos contextos de saúde, assim, não se adoece e morre da mesma maneira quando se pertence a esta ou àquela categoria social, se vive neste ou naquele grupo social. Por conseguinte, é essencialmente o pertencimento social e nem tanto a melhoria das condições sanitárias e de existência e/ou o desenvolvimento tecnológico, o que exerce maior influência nos contextos de saúde dos sujeitos.

Diante desse quadro, percebe-se que, no Brasil, os povos indígenas estão em desvantagem em relação a outros segmentos sociais, pois as tecnologias em saúde que, por exemplo, ampliaram a expectativa de vida da população em geral ou diminuíram a mortalidade materno-infantil, não lhes alcançaram da mesma maneira. O fato de se pertencer a uma etnia parece ter um peso

maior no acesso à saúde. Esse acesso é entendido aqui como a possibilidade de usufruir das tecnologias, dos programas e serviços de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde, o qual apresentou como elemento norteador a garantia do direito à saúde da população brasileira de maneira integral, equânime e universal, não conseguiu romper com a desigualdade em saúde. No caso dos povos indígenas que contam, ainda, com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), criado em 1999, as marcas da desigualdade permanecem.

O SASI foi criado com o intuito de mudar a situação desses coletivos que, mesmo após a criação do SUS, acabaram não recebendo o atendimento médico-assistencial vislumbrado. A desigualdade em saúde levanta temas que devem ser considerados, pois, diante de processos de exclusão e marginalização, efetivar o direito à saúde não significa somente garantir a longevidade ou a ausência de doenças para todos, pois, para aqueles segmentos que vivenciam tais processos, somam-se o sofrimento ancorado na violência, no trauma e na humilhação que marcam a identidade corporal e social (LEANDRO, 2010). Na esteira do argumento de Fassin (2009), o direito à saúde garantido aos povos indígenas por meio do SASI passou a ser efetivado por meio de uma violência localizada em seu território. Intervenções difusas e cotidianas acabam por ampliar a desigualdade, revelando um biopoder que relega alguns à morte. Fassin (2009) argumenta que quando este biopoder "deixa viver", há uma questão de fundo sobre como, em que condições e por quanto tempo se vive. Há valores diversos acoplados às vidas, criando processos de diferenciação na vida no geral e em particular. O caso de Helena revela essa intricada rede onde se efetiva o biopoder sobre a vida de mulher indígena no Brasil.

O Boletim Epidemiológico, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), revelou que, no Brasil, no ano de 2012, em comparação com o restante da população brasileira, os povos indígenas tiveram os menores

índices de crianças nascidas vivas e suas crianças morreram, principalmente, de pneumonia e doenças infecciosas. Ainda, o mesmo Boletim informa que, no caso de mortes por diabetes *mellitus* ou doenças hipertensivas, enquanto na população em geral há uma diminuição progressiva, entre os povos indígenas essa redução é mínima. Helena morreu de problemas advindos do diabetes *mellitus*, revelando um intricado processo de incorporação da desigualdade em corpos, que é o tema deste trabalho.

A história de contato dos Xavante: entrelaçando processos de genocídio, exclusão e controle

Os Xavante se autodenominam *A'uwe*, que significa gente, pessoas de verdade. Os primeiros escritos sobre os Xavante remontam ao século XVII, os quais revelam que os mesmos viviam um processo de migração intenso, tentando se afastar das frentes de colonização (LOPES DA SILVA, 1983). De acordo com Maybury-Lewis (1984), até o século XIX, os Xavante viviam no norte de Goiás, entre os rios Tocantins e Araguaia. Posteriormente, deslocaram-se em direção à região do rio das Mortes, no estado do Mato Grosso, com o objetivo de se afastarem dos ataques dos colonos. A partir do século XIX, o governo colonial promoveu ações de extermínio contra os Xavante, autorizando ataques contra esse povo, os quais eram um empecilho para a ocupação do interior. Fugindo de tais investidas, indo se refugiar na região do rio das Mortes, viveram em relativo isolamento até chegar o século XX, quando foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1941 (LEITE, 1998). Funcionários do SPI, juntamente com missionários, tentaram se aproximar dos Xavante com o intuito de "pacificá-los". Essas diversas interações que passam a ocorrer entre os Xavante e não indígenas revelam relações de poder, construção de processos de hierarquização e desencontros semânticos. E, especialmente, observa-se a constituição de um poder tutelar, o qual terá instituições governamentais

como principais atores. Nos termos de Lima (1995), este poder tutelar em diferentes momentos no tempo e por meio de múltiplas relações entre distintos segmentos sociais apresentar-se-á como projeto nacional. Para tanto, uma malha administrativa se impôs sobre os Xavante, provocando um reordenamento de unidades sociais em termos geográficos e políticos. Esse poder tutelar aparece entrelaçando a vida Xavante e de Helena, assim, ao longo do texto, será possível observá-lo no posto do SPI, posteriormente, da FUNAI, no posto de saúde e na CASAI, controlando territórios e corpos. Esses aparelhos estatais passam a representar os Xavante, criando-se uma mediação que decide sobre a vida Xavante, a alimentação, o trabalho, a criação dos filhos, o modo de viver, a terapêutica etc.

Nas décadas de 1950 e 1960, os Xavante estavam cercados, seu território foi gradativamente ocupado e reduzido devido à instalação de fazendas e núcleos urbanos. Segundo Maybury-Lewis (1984), na década de 1960, a vida dos Xavante passou por mudanças intensas com a presença de postos do órgão indigenista e de missionários católicos em sua área. Sofreram várias ações violentas que tinham como objetivo pôr fim ao seu modo de viver. Em algumas aldeias, eles foram proibidos pelo encarregado do Posto Indígena de realizar o ritual de furação das orelhas – o qual se constitui na cerimônia de iniciação dos jovens Xavante e está relacionada com a formação desses jovens como pessoas plenas e a inserção desses em novas redes sociais. Também foram forçados ao sedentarismo, que se opunha ao modo de ocupação territorial dos Xavante. Esses circulavam por seu amplo território realizando expedições de caça e coleta, permanecendo em sua aldeia-base apenas pequenos períodos no ano (GUGELMIN, 1995). De acordo com Maybury-Lewis (1984), os Xavante articulavam a ocupação de seu território com as estações da seca, que vai de maio a setembro, e da chuva, que vai de outubro a abril. A caça era do domínio masculino e a coleta e cuidados na roça eram do domínio feminino, mas, após o contato, a lógica das atividades produtivas Xavante, vinculada

ao conhecimento que apresentavam sobre o meio ambiente, foi violentamente modificada.

Em algumas aldeias, o encarregado do Posto exigia que eles pedissem permissão para sair em expedições de caça. No caso dos missionários católicos, esses construíram, em alguns locais, uma casa de solteiros para onde os jovens eram levados e seriam doutrinados dentro do catolicismo e distantes dos saberes e práticas Xavante (MAYBURY-LEWIS, 1984). Tanto o governo quanto os missionários tentaram envolver os Xavante em serviços no posto e na missão, o que desestimulava o movimento ocupacional dessa etnia e forçava o distanciamento das atividades rotineiras de seu modo de vida. No entanto, ainda de acordo com Maybury-Lewis (1984), os Xavante não aceitaram essas imposições tranquilamente e forçaram sua participação nas novas decisões. Por outro lado, as possibilidades de escolhas que se apresentavam a esse povo como, por exemplo, as atividades de subsistência, se mostravam inadequadas ao modo de vida Xavante.

Inicialmente, os agentes do governo e missionários introduziram novos cultivos em suas roças, como a mandioca. Queriam impor outra divisão social do trabalho, onde os homens deveriam cuidar da roça e as mulheres de afazeres domésticos, semelhante ao que ocorria em alguns contextos não indígenas. Helena, por exemplo, era uma exímia costureira, passava as longas tardes na CASAI DF costurando, ofício que aprendeu com as missionárias.

No final da década de 1970, os Xavante passaram a ser alvo de projetos desenvolvimentistas promovidos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que surgiu substituindo o antigo SPI. Diante dos problemas que enfrentavam devido à alimentação, os projetos tinham como foco a agricultura, o que incentivou ainda mais a mudança alimentar desse povo. Assim, de acordo com Freitas e Freitas (2004), esses passaram de uma dieta rica em proteínas (caça) para uma rica em carboidratos (arroz). Não

se tratava mais da inserção de alguns cultivos em suas roças, como foi o caso da mandioca, mas de uma lógica perversa de tutela que se estruturou nos territórios Xavante, por meio de grandes plantações mecanizadas de arroz, que foram introduzidas em algumas aldeias. Segundo Freitas e Freitas (2004), para complexificar ainda mais a situação dos Xavante, tais plantações não eram feitas por eles, mas por não indígenas que eram contratados com esse objetivo. Assim, sem poderem manter suas atividades de subsistência, vendo seu território sendo ocupado por um modelo incompatível com os saberes e práticas Xavante, passaram a consumir alimentos novos sobre os quais não tinham o controle da produção e dos meios de aquisição (GUGELMIN, 1985; FREITAS; FREITAS, 2004). O arroz tornou-se alimento-base e, em algumas aldeias, é consumido sozinho, sem qualquer outro alimento. Essa mudança alimentar intensificou os problemas de saúde entre os Xavante, como a desnutrição em crianças, a obesidade em adultos e casos de hipertensão e diabetes (COIMBRA *et al.,* 2002). Viera *et al*. (1997) relatam casos de polineuropatia carencial – perda da sensibilidade de sentir dor e temperatura, o que leva a se queimar e machucar sem perceber – entre os índios Xavante, tendo como causa o consumo de arroz beneficiado industrialmente como alimento exclusivo ou quase exclusivo.

Somam-se a essas ações o fato das demarcações das Terras Indígenas terem sido feitas não de forma contígua, mas dispersa em "ilhas", rodeadas por fazendas e cidades. Assim, os Xavante se viram em um pequeno território com restrições para circularem diante da presença de fazendas nas redondezas e das ações dos agentes do governo e das missões. Essa nova ocupação impôs uma pressão sobre a fauna e a flora e empobrecimento do solo devido à menor rotatividade e aumento populacional. Por conseguinte, tal contexto social e econômico provocou tanto desequilíbrios alimentares quanto tensões internas entre os grupos (FREITAS; FREITAS, 2004).

Portanto, imersos em um processo que reduziu seus territórios e marcados por ações sistemáticas para fazê-los abandonar seu modo de viver, os Xavante enfrentam, hoje, graves problemas de saúde e a ausência de efetivas políticas públicas. De acordo com Freitas e Freitas (2004), outro fator que marcou a vida dos Xavante foi as epidemias. Os Xavante passaram de uma situação de algumas centenas de sobreviventes, em 1957, para 2.160, em 1969. Hoje, somam 17.419 pessoas. Mesmo com essa retomada do contingente populacional, os Xavante sofrem com antigos processos de adoecimentos e novos. Ao se observar o perfil epidemiológico dos indígenas de 2000 a 2012, percebe-se que, ao longo do tempo, continuam prevalecendo as doenças transmissíveis, como pneumonia, doenças infecciosas intestinais e a desnutrição infantil e somam-se a essas as doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes *mellitus* e hipertensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em estudo realizado na Reserva Indígena de São Marcos, Freitas e Freitas (2004) observaram que a diabetes *melllitus* atinge níveis alarmantes, especialmente entre as mulheres. Na aldeia de Namunkurá, localizada nessa Reserva e onde vivia Helena, 3% das pessoas têm diabetes, a metade desses casos foi diagnosticada nos últimos três anos. Essa mesma pesquisa, também, revela que não há um levantamento sistemático da ocorrência do diabetes *mellitus*, sendo os casos de diabetes subnotificados. O exame de glicemia capilar é realizado somente nos casos de acompanhamento de doentes em estágio avançado, quando os sintomas são evidentes e não mais passíveis de serem controlados com alimentação e outras atividades. Na Reserva de São Marcos vivem 3896 Xavante, sendo que na aldeia Namunkurá vivem 420. Na população brasileira como um todo há, aproximadamente, 5,5% de pessoas com diabetes, mas está ocorrendo um decréscimo nesse número nos últimos anos, no caso dos povos indígenas, vem ocorrendo o exato oposto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A Organização Mundial da Saúde (WHO) divulgou em 2011 um trabalho colaborativo

para os cuidados e controle da tuberculose e diabetes, onde são descritas as relações entre as duas doenças, ambas estão presentes entre os Xavante.

Notas sobre uma mulher Xavante

Conforme dito anteriormente, Helena sabia costurar muito bem, passava as longas tardes na CASAI DF cosendo e se dizia católica, revelando a presença dos missionários em sua vida. Em uma tarde, Helena estava ouvindo a música de um Xavante em ritmo sertanejo, que falava dos perigos que envolviam os Xavante que mantinham uma proximidade intensa com os brancos. O cantor era seu primo e, de acordo com Helena, ele estava vendo/pensando no futuro dos Xavante. Helena traduziu a música, cantada na língua Xavante, que tratava dos brancos e de suas tentativas de tornar os Xavante brancos:

> Meu primo chora, diz que os Xavante ainda existem, mas os brancos querem acabar com eles, estão tentando misturar, fazer os Xavante viver como os brancos agora, querendo acabar com nossos Xavante. Viver na cidade como os brancos é para acabar com os Xavante. É disso que trata a música. O cantor continua dizendo que as crianças estão chorando de medo, os Xavante também que ficam na aldeia estão chorando com pena das crianças. Ele (cantor) também está chorando pensando no futuro dos Xavante é isso que ele está cantando. Mas, assim mesmo que ele está cantando, mas assim mesmo a gente vai, continua... para não perder, para os nossos netos viver brincando com buriti, com as coisas dos Xavante, para não saber dessa maconha e pinga. Ele canta que vai acabar tudo dos índios Xavante. Já está acontecendo, e é isso que ele está contando, tudo, por isso eu escuto esse canto sempre, está certo esse canto aí. Ele diz que o Xavante não está cortando o cabelo assim (do modo Xavante) aí já tá virando branco. Eu vou cortar, eu não acostumei de ficar assim comprido, se ficar assim é dos brancos também, eu tiro o cabelo assim.

> Ele fala do Mário Juruna[60], que falava com os deputados, ele brigava muito, por quê? Nós somos humanos também, não é só o branco que nasceu inteligente, nós somos também, nós temos cabeça para nós pensar. Também tenho olho para a gente enxergar o que não está bom, como os brancos. Por isso, eu falei assim de Mário Juruna que ele grita muito com os deputados, mas agora tem índio que só fica na cidade, mas ele (Mário Juruna) era bom. Ele gritava para parar de matar os índios, ele ajuda também nossos parentes, aí acabou, porque Mário Juruna era que gritava para não matar os índios. [...] Não tem outros Xavante, os outros só ficam comendo aí com os brancos, misturado com os brancos. [...] Essa é bonita música, que ele vê o futuro, ele enxerga alguma... mesmo assim os deputados só querem tomar a terra dos índios, é isso que ele está cantando, está certo o canto dele, eles ficam querendo misturar. [...] É, ensinando as coisas feias para os Xavante, o cantor estava contando isso.[...] Por isso, não acostumo aqui, com a cidade, eu fico pensando nisso, mas vou vir muito aqui, ainda, por causa do meu pé [...] quando voltar não vai dar mais para cuidar da roça, ninguém estava limpando, limpei tudo, mas, agora só ele (filho da Helena), irá trabalhar agora. Esse canto é verdade, os nossos parentes estão ficando assim. Está ganhando dinheiro não dá para conversar mais, já fechou a boca dele com dinheiro. Um dia Mário Juruna disse que o branco deu o dinheiro, ele não quis, porque ele estava pensando assim, para ele entrar na área dos índios, os brancos é para entrar dando dinheiro. Mas ele não quis, ele deixou, mas agora os índios nossos parentes está ganhando muito. É isso que está fechando a boca deles (dos Xavante), ficando com eles, por isso o Xavante não quer brigar com os brancos que está aqui trabalhando, porque tem dinheiro agora, já virou branco, só quer receber, é isso. A gente sabe a vida dos brancos, fecha tudo a boca dos índios, aí um dia vai chegar a hora da pessoa, vai chegar na casa do índio e vai matar, é isso. Eu sei bem a vida dos brancos, eu conheço tudo.

Helena conhecia as consequências da convivência intensa com os brancos e dos perigos do distanciamento do modo de viver e sabedoria Xavante. Ela trazia consigo o conhecimento

60 Mário Juruna era da aldeia de Helena, mas morava em Brasília há algum tempo.

Xavante. Enfatizava a importância da mulher Xavante e como essa era trabalhadora. As mulheres Xavante eram as provedoras do grupo, a subsistência estava em suas mãos. Antigamente, atuavam nas roças de milho e na coleta de raízes e frutas. Tais atividades femininas não eram tão valorizadas quanto a caça, atividade masculina, mesmo assim concentravam o eixo estruturante da subsistência Xavante.

Segundo Rezende e Passos (2012), as mulheres Xavante mais velhas repassam conhecimento às mais novas desde o momento em que devem ser iniciadas no universo feminino. Na gravidez, as mulheres são orientadas sobre como devem se alimentar, o que tem repercussão na formação da criança. Ao longo da vida da criança, essa deve ser orientada para ser uma/um verdadeira/o Xavante. As mulheres explicam que é preciso "fazer" a pessoa, ela não nasce pronta, mas deve ser construída ao longo da vida. As velhas Xavante são figuras centrais nesse processo, introduzindo a jovem nesse universo de construção da pessoa, dando conselhos e permitindo viver e experienciar o feminino ao lado delas.

Em várias ocasiões na CASAI DF, Helena me chamava em um canto e me dizia que sonhou muito com sua aldeia, havia muitos conflitos entre suas irmãs e nos sonhos ela descobria as razões dos conflitos e soluções. Ela lamentava não estar em sua aldeia para repassar o conhecimento e sabedoria que adquiriu nos sonhos para elas. Os sonhos são um ponto central na socio-cosmologia Xavante, os homens sonham e esses orientam as atividades na aldeia que serão discutidas na *warã*, reunião dos homens adultos. Por meio dos sonhos, os Xavante têm acesso a outras sociabilidades, adquirem cantos e nomes e, também, visitam a "aldeia dos mortos" (MAYBURY-LEWIS, 1984; LOPES DA SILVA, 1983). Helena sonhava e visualizava os conflitos entre as mulheres próximas a ela e sabia como orientá-las para pôr fim aos mesmos.

No contexto da CASAI DF, os sonhos permitiam a Helena se colocar acima da situação cerceadora que se encontrava e manter o controle sobre sua vida e em se manter Xavante. A CASAI DF é uma instância da rede de saúde que vincula o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o SUS, quando os indígenas devem acessar o ambiente hospitalar, e se configura em uma "instituição total" (GOFFMAN, 1974). Assim, trata-se de um local fechado, funcionando em regime de internação, onde os indígenas que realizam algum atendimento nos hospitais vivem em tempo integral, deslocando-se, eventualmente, para consultas ou passando períodos internados nos hospitais. Dessa maneira, funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de ações terapêuticas. Há uma equipe de profissionais de saúde e administrativa que organiza a vida na instituição e, inclusive, a rotina dos indígenas no espaço e o seu tempo. Pode-se afirmar que há um poder essencialmente modelador, instaurado, repressivo e mutilador dos sujeitos voltado para um processo (res)socializador. Entretanto, os indígenas buscam formas de subverter tal espaço, os Xavante, especialmente, negociando suas saídas da CASAI para irem às cidades do DF, impõem uma oratória e performance, reafirmam um *ethos* guerreiro e de enfrentamento com as profissionais de saúde, construído no contexto interétnico. Obviamente, tal negociação não é tranquila e Helena vivia tais situações.

Na CASAI DF, a vivência do tempo e do espaço pelos indígenas não lhes pertence e os cuidados com seu corpo, também, não. Helena confrontava os profissionais da CASAI DF, querendo que esses agilizassem seu retorno para sua comunidade, o que não dependia dela. Em alguns momentos ela recuava nesse processo de confrontação em um cálculo social sobre o potencial de agressividade das relações mantidas no local, quando me afirmou que deveria ter cuidado, pois eles, os profissionais da CASAI DF, dão-lhe os remédios e podem lhe dar veneno ou realizar algum feitiço. De acordo com Maybury-Lewis (1984), os Xavante vivenciam a relação com os outros em um intricado jogo

de tensões ou hostilidades reais e potenciais. Essas hostilidades são expressas por meio da feitiçaria ou acusações de feitiçaria.

Helena era conselheira de suas irmãs e filhas, era uma fonte de conhecimento e uma pessoa fundamental na formação de outras mulheres. Ela explicou que, ao longo da vida de uma jovem, ela é inserida nas atividades de limpeza e plantio nas roças, preparação dos alimentos, construção de esteiras e cestos, processo de fabricação da farinha e outras atividades rotineiras femininas. No entanto, lamenta que algumas jovens não querem ouvir as mulheres mais velhas e acabam não cuidando adequadamente de seus filhos e realizando seus afazeres. Agora, a escola e a cidade são os principais atrativos para as mais jovens e não mais a convivência feminina na aldeia.

Ao longo do dia, as meninas deveriam estar ao lado das mães e de outras mulheres observando e vivendo o modo de ser Xavante. De acordo com Rezende e Passos (2012) e, também, a partir de informações dadas por Helena, a rotina das mulheres em uma aldeia Xavante, geralmente, acontece da seguinte maneira: elas acordam cedo e aguardam o retorno dos homens da *warã*, da reunião dos homens, pela manhã, para tratar das atividades do dia. Discutem os assuntos do dia com os homens próximos, repassando observações e fazendo análises que serão levadas para a próxima reunião. Seguem para suas atividades cotidianas, saem para coletar frutas e batatas nativas, buscam lenha, cuidam da roça ou fazem alguma colheita. Enchem o *siõno* – cestos de palha de buriti – de alimentos ou lenha. Retornam para casa e preparam os alimentos. Essa rotina deveria ser acompanhada pelas crianças e meninas mais velhas, revelando um processo de formação dessas jovens estruturado no vivido e experienciado em suas corporalidades. Essa maneira ideal das jovens viverem vem sofrendo mudanças, atualmente, pois nem sempre essa rotina é acompanhada pelas jovens.

No caso de Helena, sua rotina nesse contexto de convivência feminina era ainda uma incógnita devido à amputação

do antepé. Ela pensava que não conseguiria mais cuidar da sua roça e que iria repassar essa tarefa para o seu filho, que a acompanha na CASAI DF. Na verdade, havia uma apreensão sobre como seria sua vida no retorno para a comunidade. Essa rotina na aldeia se confrontava com a rotina na CASAI DF, organizada em horários para alimentação, idas às consultas e o resto do tempo deveria ser usado para tomar banho, dormir ou observar as pessoas. Helena usava o tempo ocioso para costurar e escutar música.

Nas conversas que tivemos sobre o diabetes *mellitus* e as consequências da amputação do pé, Helena demonstrava que se adequava às sensações que tinha para saber definir o que comer, tinha consciência do problema de se alimentar de maneira semelhante aos brancos, mas isso já fazia parte de sua vida. Sempre enfatizava a vontade de retornar para casa, quando estava na CASAI DF, a distância de sua aldeia a incomodava muito, pois estar na cidade significava a impossibilidade de ser realmente uma Xavante. Na Terra Indígena, não estabelecia vínculos com não indígenas, isto é, com os profissionais de saúde, por outro lado, na CASAI DF se via mais próxima desses. Com a amputação, Helena se mostrou mais distante dos profissionais de saúde em área. Estava conformada em se adaptar à amputação, não iria andar de cadeira de roda como fazia na CASAI DF, mas iria andar com o pé no chão. Essas decisões de Helena sobre seu autocuidado ocorriam sem qualquer participação, conversa ou entendimento com os profissionais de saúde em área. Helena dizia que não ia ao posto de saúde da aldeia, as pessoas do posto lhe incomodavam, assim evitava interagir. Por sua vez, os profissionais de saúde em área não se preocupavam em estabelecer qualquer vínculo com Helena e lhe auxiliar no cuidado, passando informações ou medicamentos, conforme será visto mais adiante. Sonhos, músicas Xavante, costura e uma ética na interação com os brancos estavam nas narrativas de Helena sobre seu processo de adoecimento.

Rezende e Passos (2014, p. 59), ao realizar pesquisa na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, conversaram com as mulheres mais velhas Xavante, essas lhes disseram que estavam preocupadas com a alimentação dos Xavante, os homens estavam gordos e feios, não aparentavam o corpo de um Xavante que vivia a corrida de tora, a caça e outras atividades. Sobre o fato de o arroz ter se tornado alimento básico, um velho Xavante que estava na CASAI DF afirmou que alguns alimentos dos brancos atacam os Xavante, assim ficam doentes com diabetes. O refrigerante é o grande causador do diabetes para ele. Outros alimentos como arroz e feijão não fazem mal, mas devem ser consumidos com a carne e outros alimentos da roça. De acordo com a nutricionista da CASAI DF, era difícil controlar a alimentação de Helena, pois chegava ao ponto de ela esconder refrigerante no quarto. Helena manejava o uso dos alimentos na CASAI DF de acordo com sua experiência no adoecimento, quando se sentia bem não se furtava a comê-los. A ausência de vínculo com a equipe de saúde na Terra Indígena deve ser considerada para essa não mudança de hábitos de Helena, conforme será discutido mais adiante.

Diante do panorama da violenta história de contato que viveram os Xavante, cabe questionar como as diversas comunidades Xavante irão se adequar a novos padrões alimentares, a drásticas mudanças nos regimes de saberes e práticas, à violenta inclusão de outras práticas de subsistência e a novos adoecimentos. Inseridos neste contexto social de mudanças intensas, qual o papel do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena entre os Xavante, qual o papel de uma equipe de saúde em área? Helena morreu de complicações provenientes do diabetes *mellitus* aos 63 anos de idade e por que isso aconteceu?

Para aprofundar esta discussão, na próxima seção, relato parte da trajetória da história de Helena, a partir do momento que ela se hospedou na CASAI DF.

O processo de adoecimento: definindo o caso de Helena na intrincada rede que forma a saúde indígena

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. O processo de adoecimento do diabetes *mellitus* leva a uma perda na qualidade de vida dos sujeitos, podendo ocasionar morte, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006). De acordo com Freitas e Freitas (2004), a mudança de hábitos provocada pela urbanização e sedentarizarão das pessoas vem aumentando a prevalência do diabetes *mellitus*. No caso dos povos indígenas, observa-se que o maior contato e vivência do modo de vida ocidental tem provocado o surgimento do diabetes *mellitus* (FREITAS; FREITAS, 2004).

A partir de uma visão clínica, o diabetes *mellitus* é analisado como uma doença crônica, onde é central a figura do paciente que convive com a doença que não tem cura e que deve ser controlada. Fleischer (2013) afirma que a Antropologia entra nessa discussão redirecionando o olhar para a agência dos sujeitos e a maneira como vivem uma experiência do adoecimento que não é um estado patológico estático. Seguindo essa abordagem, foi possível observar que Helena experienciava seu adoecimento em um processo onde adequava novos hábitos alimentares e controle sobre seu corpo e sensações a uma condição de vida violentamente modificada, como revela a história do contato entre os Xavante. Ao sofrer de um adoecimento relativamente novo no universo Xavante, alguns questionamentos surgem sobre o quanto lhe foi repassado de conhecimento sobre o diabetes *mellitus* e o quanto lhe foi dado

de autonomia para se cuidar, especialmente se pensarmos que, em geral, as opções alimentares de Helena se resumiam ao arroz em sua comunidade. Além disso, a amputação que sofreu lhe trouxe limitações para viver, o que agravou no seu autocuidado.

As análises epidemiológicas afirmam que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave (BRASIL, 2006). Além disso, estima-se que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006). Conforme dito anteriormente, o falecimento de Helena devido a problemas renais revela que ela estava incluída nas estatísticas acima, portanto, viveu por 15 anos com o diabetes sem controle. De acordo com profissionais de saúde que atuam na atenção básica na rede do DF, chegar à morte devido ao diabetes *mellitus* significa que a pessoa passou por, aproximadamente, 15 anos adoecida e sem nenhum tipo de tratamento.

O Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica nº 16 (BRASIL, 2006, p. 8), voltado para o diabetes *mellitus* e preocupado essencialmente com a prevenção, para que os indivíduos não alcancem os problemas citados anteriormente. No caso de Helena, quais foram os caminhos percorridos por ela que a levaram a ter como terapêutica a amputação do antepé e, dois anos depois, a sua morte? Por que outras mulheres Xavante estão replicando a biografia de adoecimento de Helena?

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), conforme dito anteriormente, foi criado para dar conta da diversidade indígena que se encontra em Terras Indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro (GARNELO, 2012). A ideia era prestar assistência a esses coletivos localizados nos rincões do Brasil, por conseguinte, foram excluídos desse direito os indígenas citadinos, os quais não entram na definição do Estado brasileiro de indígena, que está vinculada ao modo de vida em Terras Indígenas demarcadas. O modelo de assistência do SASI está

estrutura em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), os quais se configuram em uma rede interconectada que inclui postos de saúde – localizados nas aldeias –, polos-bases – localizados na aldeia ou em municípios próximos às aldeias –, e Casas de Saúde Indígena – localizadas em municípios próximos das aldeias que contam com unidades de média e alta complexidade.

O foco do SASI é a atenção básica, que deve se adequar às necessidades sanitárias dos grupos sociais e deve acontecer nas aldeias. De acordo com Garnelo (2012), as principais ações que devem ser desenvolvidas nesse nível de atenção são: prevenção de doenças, cuidados de saúde dirigidos a segmentos específicos, monitoramento das condições de alimentação e nutrição, análise das condições ambientais que envolvam a saúde, educação em saúde, remoções de emergência e outros serviços necessários ao grupo social em que se encontram.

De acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica referente ao diabetes *mellitus* (BRASIL, 2006), esse adoecimento é campo de atuação da atenção básica, onde a equipe de saúde deve garantir o fortalecimento de vínculos, a efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente. No caso de doença crônica, deve-se manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade. No entanto, isso não aconteceu com Helena, a estrutura do posto de saúde em área e seus profissionais acabaram por revelar uma situação de biopoder que define a vida de Helena como não passível de ter as tecnologias de cuidado citadas acima, pensadas para o tratamento do diabetes. Nos termos de Fassin (2009), Helena foi relegada à morte, sua biografia e a história de contato de seu povo revelam que a ela não cabe o tratamento ou o uso das tecnologias que poderiam não a fazer morrer ou vivenciar um adoecimento crítico com intervenções como amputação do antepé. O posto de saúde na

Terra Indígena passa a ser um ponto de fixação de uma "guerra de conquista", como afirma Lima (1995), pouco preocupado em garantir o direito à saúde com dignidade, mas atuante como biopoder que amplia sofrimentos.

Em cinco de janeiro de 2013, Helena foi transferida do município de Barra do Garças (MT) para a CASAI DF, no dia seguinte foi internada no Hospital Universitário de Brasília (HUB), com o intuito de ser avaliada por um cirurgião vascular, devido ao diabetes *mellitus* tipo 2 que havia provocado complicações vasculares no seu pé esquerdo. Em termos médicos ocidentais, o diabetes *mellitus* tipo 2 significa a deficiência relativa de insulina. Helena encontrava-se em um estágio clínico avançado. Na sua primeira estadia na CASAI DF, Helena estava acompanhada do seu marido. Após a cirurgia, ela esteve sempre acompanhada por seu filho, o qual tinha, aproximadamente, 18 anos. Na sua aldeia, ficara seu marido e suas filhas mais velhas.

No dia 9 de janeiro, foi dito a Helena que deveria ser feita uma amputação do antepé, ela recebeu a notícia com tristeza, a médica, que havia conversado com ela, informou que ela não queria realizar o procedimento. Ela também conversou com seu esposo sobre a amputação e, após conversar com a equipe de enfermagem do HUB, acabou aceitando. No dia 10 de janeiro, a médica endocrinologista do HUB identificou uma infecção grave bacteriana em Helena, mas ela não pôde ser isolada por não haver mais leito. No dia 17 de janeiro de 2013, fora submetida à "amputação aberta do antepé esquerdo". De acordo com os prontuários, Helena teve uma boa evolução pós-operatória e foi encaminhada para os serviços de estomatoterapia (cuidado de pessoas com feridas agudas e crônicas), ambulatório de cirurgia vascular periférica, laboratório de órtese e prótese, nutrição clínica, endocrinologia, nefrologia e oftamologia.

Helena ficou internada no HUB do dia 6 de janeiro ao dia 8 de fevereiro de 2013. Os profissionais de saúde da CASAI DF foram informados sobre o risco de uma infecção bacteriana

grave em Helena. Assim, esses se manifestaram informando aos profissionais do HUB que tal evento requeria sua internação no HUB, pois a CASAI hospedava indígenas portadores de neoplasias e com quadro de imunidade baixa, o que poderia comprometê-los. Assim, eles reforçaram a necessidade de Helena permanecer internada até o local da cirurgia ter uma cicatrização mais avançada. No dia 9 de fevereiro, ela retornou à CASAI DF, ficando hospedada até ter uma melhor cicatrização da cirurgia e receber alta dos médicos que a observavam no HUB.

Em julho de 2013, Helena passou a ter o acompanhamento do setor de nutrição da CASAI DF. De acordo com o prontuário, Helena teve dificuldade em seguir a dieta, ela guardava alimentos no quarto e os consumia sem orientação. O prontuário informa que Helena sempre teve orientação sobre seu estado nutricional e as patologias associadas. Na CASAI DF, ela estava medicada e com os níveis glicêmicos controlados, dessa maneira, ela se adequava a sua experiência do adoecimento, para ela não havia outros sentidos e sensações dos efeitos da diabetes *mellitus*, além da amputação do antepé, que lhe comprometia caminhar. Helena estava constantemente em uma cadeira de rodas. Assim, diante da ausência de sintomas, ela não via problema em fazer uso de outros alimentos.

Ao longo desse período, Helena era conduzida ao setor de estomatoterapia, onde era observada a cicatrização do antepé. Ela retornava dizendo que os enfermeiros do HUB reclamavam da maneira como os profissionais da CASAI DF faziam o curativo. Essas idas e vindas de queixas dos profissionais sobre a atuação dos mesmos, entre CASAI DF e HUB, são uma constante, marcam relações de poder e hierarquias e dificultam a participação dos indígenas nos processos de adoecimento e escolhas terapêuticas. Os profissionais da CASAI DF acabam por atuar em uma linha tênue entre a tutela e uma atuação de assessoria e tradução para os indígenas, revelando um processo de mediação conflituoso. O desmerecimento com que, muitas vezes, os profissionais do

HUB tratam os da CASAI DF é uma constante levantada por esses últimos. A falta de diálogo mais intenso entre os profissionais dessas duas instituições e os indígenas acaba por prejudicar qualquer procedimento terapêutico.

Após 10 meses hospedada na CASAI DF, em 26 de outubro de 2013, Helena recebeu alta provisória da CASAI DF, a pedido dela, que retornou para sua comunidade, fazendo uso dos seguintes medicamentos: insulina NPH e losartana 50mg (indicado para retardar a progressão da doença renal, proveniente da diabetes *mellitus* tipo 2). Estava em processo de cicatrização o local da amputação e o curativo da cirurgia deveria ser observado atentamente pela equipe de saúde localizada em área indígena, conforme consta em documento que estava com Helena e foi encaminhado para a equipe em área.

De acordo com a lógica do SASI, as equipes de saúde em área deveriam dar continuidade aos cuidados com Helena. Foi indicado à equipe que incentivasse o uso de prótese – o qual era um calçado especial –, que estava com Helena e cuidados com o curativo. O diabetes *mellitus* tipo 2 dificulta processos de cicatrização e deixa as extremidades dos dedos sem sensibilidade, o que facilita o surgimento de feridas. Helena deveria ser observada e acompanhada pela equipe local e um processo de entendimento e compartilhamento do cuidado deveria ter sido efetivado, mas não foi isso o que se observou. Os retornos de Helena à CASAI DF demonstravam que ela não estava tomando os medicamentos, pois muitas vezes os medicamentos que foram encaminhados a partir da CASAI DF acabavam e não havia a reposição em área. Além disso, ela não estava realizando cuidados com a dieta e cuidados no local da cirurgia de amputação.

Ela deveria retornar à CASAI DF em quatro de novembro de 2013, mas isso aconteceu em seis de novembro de 2013, quando ela passou quinze dias em Brasília para dar continuidade ao acompanhamento no HUB. Quando chegou à CASAI DF, a visão de Helena estava comprometida por causa do diabetes.

No entanto, esse quadro se reverteu ao longo do período que esteve na CASAI DF. Era essencial manter bons níveis glicêmicos quando retornasse à sua aldeia. No caso dos rins de Helena, havia sido alcançada uma estabilidade clínica, mas ela deveria continuar usando o medicamento losartana. De acordo com seu prontuário, ao longo desse período foram realizados no HUB avaliações e trocas de curativos semanais até 22 de novembro de 2013, pois a partir dessa data não houve mais necessidade de cobertura do tecido neoformado. Foram realizados cuidados para proteção de novas lesões e aplicação de medicamentos específicos. Helena recebeu alta da estomatoterapia em 20 de dezembro de 2013 e retornou para sua comunidade.

Nesse retorno, seguiram orientações para que Helena fizesse uso de calçados especiais, hidratação com óleo especial na área cicatrizada – o óleo estava com Helena – e, caso a lesão abrisse, ela deveria retornar à estomatoterapia no HUB.

Havia um retorno agendado no HUB para o dia 24 de janeiro de 2014, no entanto, ela retornou somente no dia 7 de fevereiro para sua consulta na estomatoterapia. O atraso na consulta levou a um reagendamento. No HUB, Helena retomou os atendimentos que realizou desde a sua admissão, pois havia uma indicação de recidiva, isto é, houve o reaparecimento de todos os sintomas anteriormente encontrados. Havia, novamente, uma lesão no pé esquerdo com "predominante tecido de granulação e bordas queratosas". Os níveis glicêmicos estavam altos (291 mg/dl), o que poderia provocar em Helena o aprofundamento dos problemas advindos do diabetes. Foram realizados curativos no HUB nos dias 11, 14 e 21 de fevereiro de 2014, os quais tinham continuidade na CASAI DF. Helena solicitou que continuassem com os cuidados na CASAI de Barra do Garças, o que foi atendido.

Em 20 de março de 2014, Helena retornou à CASAI DF com consulta marcada para o dia seguinte no HUB, quando seria feita uma avaliação e troca de curativo. De acordo com prontuário de Helena, ao redor da lesão surgiu um calo ósseo

com presença de coágulo, criado a partir do atrito do pé no chão. Além disso, o curativo estava úmido e sujo. Helena permaneceu na CASAI DF realizando consultas no HUB até 26 de março de 2014, quando retornou para a CASAI de Barra do Garças. Ela pediu que fosse feito o restante do tratamento nessa CASAI. No HUB, Helena insistia com as enfermeiras que escrevessem no papel para o pessoal da CASAI DF que ela deveria dar continuidade ao tratamento na CASAI de Barra do Garças, Helena queria estar próxima de sua comunidade e dos Xavante que se encontravam nessa Casa.

Helena retornou no dia 17 de abril de 2014, tinha consultas no HUB. A lesão do antepé estava com presença de maceração abundante, deveria manter melhor higienização do local. Helena retornou para a sua aldeia e tinha uma consulta marcada no HUB, no dia 9 de maio de 2014. Em 22 de maio de 2104, foi a uma consulta no serviço de estomaterapia, o qual indicou que o local deveria ser mantido seco, limpo e livre de atrito. No dia seguinte, retornou à aldeia. Em 3 de junho de 2014, voltou à CASAI DF. Em 5 de junho de 2017, realizou uma consulta no HUB em que foi avaliado que havia uma lesão com calosidade, após os cuidados, retornou para sua aldeia no dia 6 de junho. Em 2 de julho, voltou à CASAI DF, em 3 de julho, teve uma consulta no HUB, a ferida estava cicatrizada, e no dia 9 de julho voltou para a comunidade.

Essas idas e vindas de Helena começaram a acontecer em tempos tão curtos devido aos problemas de saúde que se agravavam, quando ela chegava em área. De acordo com alguns profissionais de saúde, os cuidados que envolvem doenças crônicas poderiam e deveriam ser realizados em área, mas não era isso o que acontecia. Helena estabilizava seu quadro clínico na CASAI DF e, quando retornava para sua aldeia, os problemas se agravavam. Ela veio para Brasília, pela primeira vez, já esboçando um processo de adoecimento avançado do diabetes *mellitus*. A escolha pela amputação revela que Helena

viveu durante muito tempo ignorando o diabetes *mellitus*, sem qualquer tipo de cuidado. Freitas e Freitas (2004), em estudo realizado na Reserva Indígena onde vive Helena, chamaram atenção para o fato dos casos de diabetes *mellitus* serem subnotificados, pois constam nas estatísticas somente casos extremos como, por exemplo, o de Helena.

Após a cirurgia de amputação e a partir do momento que retornou à aldeia, Helena teve oscilações em seu quadro clínico, retornava à CASAI DF com alterações graves. Em 5 de agosto de 2014, retornou à CASAI DF, pois havia consultas marcadas para os dias 7, 14, 21 e 28 de agosto de 2014 na estomaterapia do HUB. Foi avaliada, também, por um médico da especialidade de nefrologia, o qual constatou que ela estava com descompensação do nível glicêmico, o que ele avaliou ser preocupante. De acordo com o médico, se este quadro permanecer, poderá ter uma insuficiência renal. De acordo com os profissionais da CASAI DF, Helena explicou que não gostava de ir ao posto, caminhando pela aldeia com o antepé amputado, onde receberia a administração da insulina e faria curativos. Esse problema se referia mais ao pessoal do Posto de Saúde do que aos Xavante, de acordo com explicações que Helena me repassou. A alternativa encontrada foi suspender a insulinaterapia e foi prescrito hipoglicemiantes orais. No dia 29 de agosto, ela retornou para a CASAI de Barra do Garças.

No dia 3 de setembro de 2014, Helena retornou para sua aldeia, de acordo com relatório da equipe de profissionais da área, ela estava com a contrarreferência e orientações médicas. No dia 6 de setembro, apresentou diarreia, vômito e febre. Também afirmou estar com falta de ânimo. Foi observado seu nível glicêmico que estava 130 mg/dl. Retornou para a CASAI de Barra do Garças onde foi medicada, voltando para a aldeia no dia 10 de setembro de 2014, quando ocorreram várias festas e ela participou tranquilamente. Os profissionais de saúde em área escreveram no relatório que não observaram nenhum tipo de preconceito ou restrição com Helena devido à amputação

do antepé. De acordo com Helena, o problema estava com os próprios profissionais de saúde, ela buscava se distanciar desses. No relatório, esses profissionais afirmaram terem observado seu nível glicêmico e não ter sido necessário aplicar insulina. Com relação aos medicamentos, afirmaram que os mesmos eram administrados por Helena e familiares a pedido dela. Não havia informações sobre qualquer tipo de conversar com Helena sobre sua alimentação ou fornecimento de alimentação adequada.

Em 17 de setembro de 2014, retornou à CASAI DF para consulta na estomaterapia, foi observado que a lesão estava sem secreção e com boa cicatrização, o que lhe permitiu receber alta dessa especialidade, mas manteria acompanhamento nos ambulatórios de nefrologia e endocrinologia. Na CASAI DF, foi observado que o nível glicêmico de Helena estava entre 150 e 200 mg/dl, a equipe a orientou quanto à importância de manter a dieta para diabetes. Ela estava com anemia leve e colesterol alterado, a pressão estava muito baixa, mudaram a medicação para reverter o quadro. Todas essas alterações não foram notadas em área, nenhum documento foi encaminhado à equipe da CASAI DF. O problema dessas complicações serem diagnosticadas no ambiente da CASAI DF, em um nível de atenção secundária e terciária, é que as terapêuticas são mais invasivas e se faz o uso de medicações para reverter rapidamente a situação. No ambiente da atenção básica, a pessoa com uma doença crônica deve ter a possibilidade de fazer uso de terapêuticas mais "leves". Mas isso não acontecia em área.

De acordo com relatório da equipe de saúde na Terra Indígena, Helena retornou para a área em 2 de outubro de 2014, quando levou com ela a contrarreferência e também seus medicamentos. No relatório consta que Helena fazia uso dos medicamentos em sua casa, sendo administrados por ela mesma, pois Helena afirmou que já havia sido orientada sobre como utilizá-los. Quando chegou à sua aldeia, a lesão no pé encontrava-se totalmente cicatrizada. O relatório continuou

informando que foi feito acompanhamento semanal ou a "critério da paciente". A glicemia de Helena foi verificada em dois momentos, nos dias 6 e 13 de outubro. Ainda no relatório, consta que o dentista da equipe de área a procurou, mas ela informou que fazia todos os seus tratamentos na CASAI DF. No entanto, em documento de contrarreferência da CASAI DF, os profissionais desta informaram que Helena não realizava tratamento odontológico em Brasília, pois ela estava inserida em referência de alta complexidade e o tratamento odontológico é referência da atenção primária ou básica. Em Brasília, ela realizava acompanhamento nas especialidades de nefrologia e endocrinologia e já havia recebido alta da estomaterapia.

Esses relatórios demonstram ausência e descuido no acompanhamento de Helena em área, a atenção básica que deve acontecer na sua aldeia, onde se estrutura o SASI, que deve buscar o fortalecimento do vínculo com os sujeitos com o objetivo de garantir a efetividade do tratamento do diabetes *mellitus*, o que parecia não ocorrer. A adesão ao tratamento e autonomia dos sujeitos devem ser construídos nos serviços de saúde em área indígena, o que permitiria o uso de terapêuticas menos violentas. A equipe de saúde de área parece ter se furtado a suas atribuições, o que explica a maneira como Helena retornava de área com seu quadro clínico alterado para pior e o fato de ter chegado ao tratamento na atenção terciária, com a indicação de amputação do antepé. Helena retornava à CASAI DF sem os medicamentos, o que significa que aqueles que eram dados pela CASAI DF acabavam e não eram repostos.

Em 21 de outubro de 2014, Helena retornou à CASAI DF para comparecer à Oficina de órtese e prótese da Secretaria de Saúde do Governo do DF para provar molde do pé esquerdo. No dia 4 de novembro, Helena retornou à CASAI DF para receber a prótese e dois pares de sapato na oficina de órtese e prótese. Quando chegou à CASAI DF, Helena estava com altos índices glicêmicos, oscilando entre 392 a 332 mg/dl. Estava usando

apenas dois dos três medicamentos que haviam sido indicados a ela, metformina e losartana, não usava o diamicron. Não havia qualquer documento vindo de área explicando esse quadro. Na CASAI DF, foi estabilizado o quadro de Helena.

Em 9 de dezembro de 2014, Helena retornou para consulta no HUB na especialidade de oftalmologia, no entanto, a médica não compareceu, então, ela voltou para a aldeia. A consulta seria reagendada para 2015. Helena ainda fazia uso dos medicamentos: losartana 50 mg, com a indicação de tomar 1 comprimido às 8h para proteção renal, estava levando 15 comprimidos da CASAI DF; diamicron 30mg, com a indicação de tomar 3 comprimidos pela manhã para o controle glicêmico, estava levando 30 comprimidos da CASAI DF; e metformina XR 500mg com a indicação de tomar 1 comprimido à noite para controle glicêmico, estava levando 10 comprimidos da CASAI DF.

Ao longo de todo o processo de tratamento na CASAI DF, Helena oscilava na sua saúde. Em todos os retornos, levava medicamentos e indicações de cuidados que não foram realizados. Em área, Helena informava que sabia como se cuidar, que a haviam orientado sobre isso em Brasília. Na verdade, a equipe de saúde de área era quem deveria repassar para Helena essa orientação e criar os vínculos para compartilhar conhecimento e repassar informação para Helena. O quadro clínico com que Helena retornava de área demonstrava a situação de abandono em que se encontrava, como se não existissem serviços de saúde. Todo o conhecimento produzido e indicações sobre como proceder na atenção básica com relação ao diabetes *mellitus* não a alcançavam, revelando um contexto de desigualdade em saúde estruturado em área indígena. No trânsito de documentos, relatórios e prontuários transparece como atuam os serviços e os processos de trabalho no campo da saúde indígena.

Para ter falecido de diabetes e ter chegado a uma terapêutica como amputação do pé, Helena viveu, provavelmente, de dez a quinze anos sem qualquer tipo de tratamento. Após

a amputação, ela iniciou o tratamento, que se configurou em descaso, uso de terapêuticas radicais e distanciamento de sua família e sua comunidade. Acompanhei as idas e vindas de Helena para a média e alta complexidade quando já não havia mais possibilidade de controlar por meio de alimentação e exercícios o diabetes. Desse modo, sua situação requeria o uso de remédios e terapêuticas como a amputação. Pode-se dizer que Helena recebeu o tratamento do diabetes e foi inserida nesse cuidado, minimamente, na alta complexidade. Nesse ambiente, ela recebia cuidados no curativo da amputação e no controle dos níveis glicêmicos, dos rins e dos olhos.

As doenças crônicas requerem uma observação continuada, o que, obviamente, não poderia acontecer na alta complexidade, a não ser que Helena se mudasse para esse local e passasse a viver na CASAI DF. Esse deslocamento para tratamento nas cidades vai contra toda a lógica de estruturação do SASI, pois deve acontecer em situações extremas quando os sujeitos necessitam de tecnologias que estão nos hospitais. No caso de Helena, cuidados com os curativos e a necessidade de manter seus índices glicêmicos poderiam ser realizados em área, o que não acontecia e fez com que ela viesse para tratamento na alta complexidade mais do que o necessário. Essa situação era insustentável e, em janeiro de 2015, Helena faleceu em sua aldeia.

De acordo com profissionais que trabalham na saúde indígena, esses afirmam que, antes de irem trabalhar em uma área, escutam de alguns profissionais que determinada etnia é muito difícil de lidar, os Xavante figuram entre essas. Alguns profissionais acabam por culpar a cultura indígena e o modo de ser e viver dos grupos indígenas pelos problemas de saúde que apresentam e pela não realização de maneira eficiente dos serviços de saúde. Welch e Coimbra (2011), pesquisadores do povo Xavante no campo da saúde, em um estudo sobre a transmissão de tuberculose entre essa etnia, afirmam que a cultura indígena não é impeditiva para a realização das medidas recomendadas pelo Programa Nacional

de Controle de Tuberculose (PNCT), por exemplo. Portanto, não há qualquer tipo de conflito entre o saber indígena e o da medicina ocidental. Pelo contrário, os Xavante demonstravam interesse pelos exames, aceitavam as terapêuticas indicadas e apareciam para os exames necessários. Ainda, segundo Welch e Coimbra (2011), no caso da tuberculose, importantes atividades que estão previstas no PNCT não eram realizadas pelos serviços locais ou eram de forma incompleta. Isso comprometia a detecção precoce e o tratamento adequado da doença.

No caso de Helena, algo semelhante aconteceu, os serviços em área não estavam realizando o que deveriam, isto é, repassando tecnologias de cuidado já conhecidas e indicadas para o processo de adoecimento que sofria. Isso levou Helena a vivenciar tratamentos terapêuticos violentos como a amputação e a situação extrema de ter que viver longe de seus parentes e de sua aldeia, enfrentando um processo de hospitalização e estadia na CASAI DF, que lhe causavam medo, receio e constrangimento. O extremo dessa situação provocou o falecimento de Helena.

Ao longo desses dois anos, acompanhei o itinerário terapêutico de Helena, entendido como os caminhos percorridos em busca de terapêutica, os quais são pautados por situações de negociação e conflito (GERHARDT, 2006). Outros elementos importantes observados nesse itinerário são as situações de agenciamento e mediações. Helena estava vivendo um contexto onde se operacionalizava um biopoder, mas havia momentos em que ela criava microrresistências a esse. Isso acontecia nas situações de sonhos, quando ela reativava suas redes sociais e passava a atuar como uma mulher Xavante e não mais como uma paciente, mediando sua presença no espaço da CASAI com o espaço-tempo da aldeia.

Sua história se repete com Luiza, sua prima. Diante desse quadro de desigualdade em saúde estruturado em contextos indígenas, onde tecnologias de cuidado não alcançam esses povos, é necessário questionar: vivem menos os indígenas? Por que isso está acontecendo?

Considerações finais

Com relação aos povos indígenas, há processos de construção diferenciada de vidas e condições de existência, os profissionais de saúde atuam em tais processos, mediam as relações e situações de saúde dos povos indígenas. Criam uma disputa de responsabilidades entre profissionais em área, da CASAI e do hospital, eximem-se de seus afazeres e produzem as condições em que se efetivam intervenções que acabam por ampliar o sofrimento.

É possível ver, na biografia de Helena, relacionarem-se os primeiros agentes do governo que se impuseram sobre os Xavante e os profissionais de saúde do presente. Ao longo de toda história Xavante e de vida de Helena, esses agentes do Estado estão mediando um biopoder, mecanismos e estratégias de construção da desigualdade nos corpos dos Xavante. Helena herdou todas as implicações da efetivação do poder tutelar que anulou o modo de vida Xavante, limitou seu território e inseriu os Xavante em um contexto de desigualdade em saúde. Os profissionais de saúde em área acabaram por mediar situações que se inscreveram na existência corporal, na vida familiar e social, no adoecimento e na morte de Helena, sua condição de vida de sofrimento e a negligencia para deixá-la morrer. Estava marcado no corpo de Helena, nas feridas, nas mutilações, nas dores, nas tristezas, nos medos, o valor da vida de uma mulher indígena.

Referências

COIMBRA, C.; SANTOS, R. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relação, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

COIMBRA Jr., C. E. A.; FLOWERS, N. M.; SANTOS, R. V.; SALZANO, F. M. *The Xavante in Transition*: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FASSIN, D. *L'espace politique de la santé*: essai de généalogie. Paris: PUF, 1996.

FASSIN, D. Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*, v. 26, p. 44-60, 2009.

FLEISCHER, S. O "grupo da pressão": notas sobre as lógicas de "controle" de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. *Amazônia, Revista de Antropologia*, v. 5, n. 2, 2013.

FREITAS, J.; FREITAS, F. Influência da mudança do hábito alimentar na prevalência de diabetes na área indígena Xavante. Estudo de caso – Reserva Indígena São Marcos. *Boletim de Pesquisa e Desenvolvimento*. Brasília: Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia, 2004.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3:* o cuidado de si. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. *Saúde Indígena:* uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GOFFMAN, I. *Manicômio, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

GOOD, B. The narrative representation of illness. In: *Medicine, rationality and experience:* an anthropology perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

GUGELMIN, S. A. *Nutrição e alocação de tempo dos Xavante de Pimental Barbosa, Mato Grosso:* um estudo sobre mudanças. 1995. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LEANDRO, M. E. Teias da Saúde: desigualdades de saúde, saúde das desigualdades. In: BESSERMAN, H. (Org.) *Saúde e direitos humanos*, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 7, n. 7, 2010.

LEITE, M. S. *Avaliação do estado nutricional da população Xavante de São José, Terra Indígena Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso*. 1998. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

LIMA, A. C. de S. *Um Grande Cerco de Paz:* poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOPES DA SILVA, A. "Xavante: casa-aldeia-chão-terra-vida". In: NOVAES, S. (Org.) *Habitações Indígenas*. São Paulo: Ed. Nobel/Ed. USP, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10.

MAYBURY-LEWIS, D. *A sociedade xavante*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

GUGELMIN, S. A. *Nutrição e alocação de tempo dos Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso:* um estudo sobre mudanças. 1995. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health of indigenous peoples. *Revista Panamericana de Salud Publica*, n. 2, 1997.

REZENDE, M. A.; PASSOS, L. Encruzilhada da interculturalidade: os difíceis caminhos na educação da mulher Xavante. *Cadernos de Educação*, FaE/PPGE/UFPel, 2012.

VIEIRA FILHO, J; OLIVEIRA, A; SILVA, M; AMARAL, A; SCHULTZ, R. Polineuropatia nutricional entre os índios Xavante. *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 43, n. 1, p. 82-8, 1997.

WELCH, J.; COIMBRA, C. Perspectivas culturais sobre a transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n.1, 2011.

PARTE II

Mediadores e mediações em questão

CAPÍTULO 5
PODER E GOVERNO NAS MEDIAÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Carla Costa Teixeira

Diogo Neves Pereira

A Estratégia Saúde da Família (ESF) brasileira é executada por meio da atuação de equipes multiprofissionais compostas por médicas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitárias de saúde (ACS)[61]. Dentre essas profissionais, apenas a ACS apresenta um duplo pertencimento: a certo "universo profissional-científico" e a certo "universo comunitário-cultural". Sua associação ao universo profissional advém do fato de que possui uma atuação ligada aos saberes médicos. Nesse sentido, é integrante de uma equipe destinada à prestação de serviços de atenção primária à saúde. Já sua associação ao universo comunitário advém do fato de que, para a ocupação desta função, deve atender ao pré-requisito de residir na área sob responsabilidade da instituição na qual

61 Comumente conhecida como "programa saúde da família", esta política brasileira passou a ser denominada com a designação "estratégia" a partir do Pacto pela Saúde, de 2006 (BRASIL, 2006). A alteração pretendeu eliminar o sentido de transitoriedade associado ao termo anteriormente usado, além de indicar que esta política constituiria o eixo estruturador de todo o Sistema Único de Saúde (SUS).

atua. Nesse sentido, é membro da "comunidade" atendida e, em tese, capaz de manejar informações sobre as condições de saúde desta população. Este duplo pertencimento é programaticamente instituído pela política de saúde da família com o objetivo de gerar maior "efetividade" em suas intervenções e, consequentemente, de toda a equipe.

Tais características, exclusivas da ACS, fizeram com que comumente fosse apreendida, por seus interlocutores e analistas, por meio dos estatutos da "canalizadora", da "tradutora", da "intermediária" etc.; ou através das metáforas da "ponte", do "elo de ligação", do "filtro", do "veículo" etc. De modo geral, a ACS exerceria dois tipos de mediação. Por um lado, seria uma mediadora entre os saberes científico e popular. Nessa perspectiva a ACS seria aquela que colabora com a "educação em saúde", a partir do saber científico, e aquela que explicita às demais profissionais os significados das experiências das pacientes, a partir do saber popular. Por outro lado, seria também uma mediadora entre serviços e necessidades de saúde. Nessa perspectiva a ACS seria aquela que informa e viabiliza o acesso aos serviços para a comunidade, a partir de sua posição profissional, e aquela que identifica e evidencia as necessidades de saúde da população para a equipe profissional, a partir de sua origem comunitária. Conquanto assumam múltiplas abordagens, oscilando entre o privilégio de uma ou outra destas perspectivas, boa parte dos estudos produzidos acerca dessa profissional vale-se desta abordagem (ver, p. ex., NUNES *et al*., 2002; VÍCTORA *et al*., 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; GAVALOTE *et al*., 2011; LOTTA, 2012.).

Sem pretender negar a proficuidade de tal abordagem ordinária, este trabalho discute as práticas das ACS explorando um aspecto distinto. Almeja-se aqui destacar e extrair as consequências analíticas do fato de que as ACS são tanto *agentes políticos* quanto *ferramentas políticas* da política de saúde da família. Nesse sentido, nossa meta é explorar a condição das ACS do ponto de

vista das mediações políticas que empreendem, entendendo-se que constituem uma tecnologia de governo que atravessa e articula classificações, corpos, famílias, situações de saúde, estados populacionais e serviços. Associadamente, buscaremos examinar os modos como as ACS se relacionam com os princípios e objetivos programáticos da política de saúde da família empreendendo manejos e ações que escapam aos delineamentos institucionais. Para tanto, seguiremos o fio condutor etnográfico oferecido pelo relato de experiências de caminhadas feitas por ACS em suas microáreas de atuação na cidade de Belo Horizonte, MG. Estas caminhadas foram acompanhadas no âmbito de pesquisa mais ampla realizada em Centros de Saúde da cidade entre os meses finais de 2010 e iniciais de 2011.

Nas próximas quatro partes deste capítulo o leitor encontrará este fio condutor sendo mais minuciosamente examinado sob diferentes prismas. Na primeira será debatida especialmente a associação entre as caminhadas das ACS e a constituição dos territórios. Na segunda o foco incidirá sobre as estratégias de trabalho institucionalizadas e não-institucionalizadas empregadas pelas ACS. Na terceira serão discutidas as problemáticas das visitas domiciliares feitas pelas ACS e suas relações com as famílias. Na quarta as reflexões se dirigirão para as conexões entre as mediações operacionalizadas pelas ACS e as condições de possibilidade da efetuação da política de saúde da família. Ao final, o texto é encerrado com uma reflexão sobre as noções de mediação e de vínculo e seus encadeamentos para com a produção cotidiana do Estado. Desta forma, esperamos contribuir para a compreensão da relevância e da especificidade da ação das ACS nos processos estatais, como *instrumento* e *sujeito* de uma "política pública"[62]; mas também temos a ambição de explorar novos sentidos da magia do Estado, esta instituição que logra mostrar-se, concomitantemente, unívoca e fragmentada, transcendente e intersticial.

62 Para os interessados na discussão antropológica sobre esta categoria, ver Souza Lima; Macedo e Castro (2015); Teixeira e Souza Lima (2010).

Traçando caminhadas e territórios

A compreensão das formas por meio das quais a política de saúde da família é executada implica não apenas na consideração de seus princípios orientadores e dos procedimentos que ocorrem dentro de suas instituições[63]. Em função de suas características e objetivos, todas as suas dinâmicas mantêm lastros, mais ou menos intensos, com fenômenos e parâmetros provenientes de porções territoriais específicas associadas às instituições de saúde. Esta ligação entre constantes postuladas por seu modelo, componentes próprios ao interior das instituições e variáveis relativas aos territórios é constituída por meio de múltiplos instrumentos: ações profissionais, armazenamentos de informações, instaurações de limites, imputações de res-

63 O leitor provavelmente logo observará que este trabalho assume uma decisão importante no que se refere às suas escolhas textuais. Trata-se do privilégio pelo termo "paciente" em detrimento de outros possíveis, tais como "sujeito", "cidadão" etc., mas, sobretudo, "usuário". Considerando as formas como são utilizados no contexto dos Centros de Saúde, entendemos que tais termos carregam consigo domínios semânticos que indicam posições em relações específicas. Neste contexto, o sujeito é tratado e denominado como "usuário" nas situações que envolvem, principalmente, o acesso e o uso de serviços. Por exemplo, o "usuário" é quem solicita um cadastro. Por outro lado, neste contexto o sujeito é tratado e denominado como "paciente" nas situações que envolvem, principalmente, a atenção e a intervenção dirigidas às questões individuais de saúde e doença. Por exemplo, o "paciente" é quem faz uso de certo medicamento. Certamente os sujeitos transitam rápida e constantemente entre estas e outras posições, além de não ser incomum que as sobreponham de maneira contraditória ou complementar. Contudo, é possível notar que, do ponto de vista dos envolvidos no contexto dos Centros de Saúde, a posição de paciente é aquela concebida como mais importante e mais sistematicamente acionada. Para escapar à necessidade de empreender ponderações e ajustes a cada reflexão apresentada, optamos aqui por privilegiar o uso do termo paciente, buscando estabelecer maior harmonia com o contexto analisado.

ponsabilidades etc. De maneiras variadas, estes instrumentos instituem numeramentos, distinções, classificações e, sobretudo, associações entre metas, fatos, coisas, pessoas e processos arbitrariamente apreendidos a partir de certas lógicas. Dentre estes instrumentos, aquele que, indubitavelmente, empreende tal ligação – entre aspectos procedentes do modelo, das instituições e dos territórios – de modo mais complexo e minucioso é a caminhada realizada pela agente comunitária de saúde (ACS) pelo território no qual atua. Enquanto atividade profissional regular, a caminhada da ACS se faz o mecanismo simultaneamente mais constante e flexível e, por isso mesmo, mais circunstanciado e profundo de estabelecimento da ligação em tela. Ao caminhar pelo território a ACS não apenas contextualiza e atualiza esta ligação, mas também colabora decididamente para a criação do território e dos demais elementos necessários à existência da política de saúde da família.

> À tarde saí para fazer visitas domiciliares com Bruna. Ainda no Centro de Saúde ela me disse que seria melhor que eu vestisse um jaleco. Iríamos caminhar por uma área onde existe tráfico de drogas, e o uso do jaleco traria mais segurança. Ela temia que os traficantes desconfiassem que ela estivesse levando alguém ao local para vigiá-los. Bruna trabalha há dez anos como ACS. Sempre na mesma área. Afirmou que sua ideia era que eu pudesse conhecer o contraste social de sua área. Iríamos hoje na parte mais pobre e, se possível, outro dia eu poderia voltar para conhecer as casas de famílias com melhor renda. Primeiro fomos à casa de uma mulher que, segundo Bruna, estava "*triste*". Ela e uma filha de mais ou menos sete anos nos receberam. Durante a visita Bruna fez conferência de marcação de consultas. A família estava esperando várias. Bruna ouviu bastante as lamúrias da paciente, e deu conselhos. Saindo da casa, andamos um quarteirão até chegarmos a uma vila. A realidade da pobreza local se tornou nítida quando entramos na primeira casa. Uma menina de aproximadamente vinte anos nos recebeu. Estava com seu casal de filhos. Ficou

> no ambiente também um garoto de dez anos mais ou menos. Bruna depois me contou que o tal garoto de dez anos era traficante, e que "*os traficantes ficaram em cima*" de nós. Quando estávamos deixando esta casa um homem saiu de dentro de outra e disse que gostaria de marcar uma consulta. Ele antes morava em um bairro distante. Bruna achava então que ele provavelmente já teria sido cadastrado. Pegou seus dados, dizendo que iria atualizar sua residência. Outras duas mulheres que estavam conversando na porta da casa abaixo nos procuraram. Ambas queriam marcar consultas. Uma disse que trabalha de manhã e de tarde, e que por isso não poderia ir ao acolhimento. Disse também que só poderia ter a consulta entre duas e três da tarde. Mas teve que ponderar várias vezes que apenas naquela tarde estava livre, que seu dia a dia não era assim. Enquanto estávamos descendo a rua encontramos uma garota. Bruna disse a ela que estávamos visitando algumas casas, para eu conhecer a área. Fomos até sua casa. Esta era um pouco maior, mas também com os mesmos "desnivelamentos", "falta de reboco" e penumbras comuns às casas do local. Enquanto estávamos na casa, Bruna fez o cadastro de um garoto. Bruna indicou serviços para o garoto e para sua mãe. Indicou um curso em uma ONG, um supletivo etc. Depois seguimos para a casa de uma senhora que morava em frente. Seu drama é que havia sido demitida recentemente. Em todas as visitas Bruna se debateu com a falta de formulários. Para cadastro e para visita mensal. Parecia incomodada com a possibilidade de eu perceber isso. Brincava dizendo "*um absurdo um ACS não levar cadastro na visita!*" (Diário de campo, outubro de 2010).

A relevância destas caminhadas é intensificada quando da execução da política de saúde da família em conglomerados urbanos marcados por fortes diferenças sociais e econômicas, como é o caso de, provavelmente, todas as grandes cidades do

país[64]. Isso pôde ser observado quando de pesquisa etnográfica efetuada em diversos Centros de Saúde de Belo Horizonte[65]. Nas oportunidades em que eram iniciadas visitas às instituições, profissionais das equipes de saúde da família sugeriam que, para se entender seus trabalhos, seria importante "*sair para conhecer a área do Centro de Saúde*". Apenas com base nesta "*saída*" poder-se-ia alcançar uma compreensão adequada das razões, finalidades e limites de suas práticas. Apenas "*saindo do Centro de Saúde*" poder-se-ia "*conhecer*" seu território. Porém, para tanto

64 Como o excerto de diário de campo já reproduzido e os vindouros permitirão vislumbrar, há seguramente uma predominância de mulheres, tanto entre as profissionais que atuam nos Centros de Saúde, quanto entre as pacientes que os utilizam. Esta predominância é graduada ou invertida a depender da particularidade de cada cenário. Por exemplo, é maior no caso das profissionais que atuam como ACS do que entre as que atuam como médicas. Assim como é maior entre as pacientes que participam das visitas domiciliares do que entre as que participam dos acolhimentos. As razões para esta predominância geral são múltiplas e estão para além do campo da política de saúde da família. Assim, a opção pela utilização da flexão de gênero no feminino (a ACS, a profissional, a paciente) ao longo de todo o texto de modo algum constitui uma naturalização das múltiplas condições de gênero que atravessam o contexto estudado. Ao contrário, tal opção vale-se da predominância de mulheres no contexto estudado para, inicialmente, elevar a concordância entre a análise e a experiência etnográfica e, mais além, para seguir certo rastro político e ideológico que, transcendendo este trabalho, almeja a crítica à essencialização do gênero.

65 A pesquisa foi realizada no âmbito do doutoramento do coautor deste texto, sob a orientação de sua autora. O presente trabalho consiste, portanto, num esforço de reinterpretação dos dados etnográficos desta pesquisa. Essa consistiu em estudo comparativo das políticas de saúde da família do Brasil e de Cuba (com realização de pesquisa etnográfica na cidade de Havana). Seguindo a trajetória investigativa oferecida pela análise dos processos por meio dos quais são constituídos vínculos nestas políticas, o estudo abordou os regimes de constituição do Estado próprios a tais contextos. Do diário de campo redigido ao longo desta pesquisa foram extraídos os excertos reproduzidos no presente trabalho. Para os interessados em conhecer a totalidade da pesquisa, ver Pereira (2016).

não bastaria transitar aleatoriamente pelas ruas da "área". A estratégia apontada como mais profícua para fazê-lo consistiria no acompanhamento das caminhadas diárias feitas pelas ACS. Ao caminhar com as ACS surgiria a oportunidade de que explicitassem as particularidades internas à região atendida pelo Centro de Saúde e os modos como se relacionariam com seus serviços.

Em especial, ao caminhar com as ACS seria possível conhecer os "*contrastes sociais das áreas*". Do ponto de vista das profissionais, a noção de "contraste social" sintetiza a pluralidade das condições de vida das pacientes e, consequentemente, as variações nas formas como elas se relacionam com a política de saúde da família. Postas as complexidades internas inerentes às populações atendidas, a adaptação a tais diferenças se faz uma prerrogativa para o bom desenvolvimento do trabalho da ACS e das demais profissionais. Dependendo da "*condição social*" de cada local e/ou residência, tende-se a alterar a receptividade dirigida à atuação da ACS, pois em função desta "*condição*" as pessoas constituem relações distintas com as políticas públicas de saúde. Na medida em que a ACS aprende sobre tais variações, levando em conta suas limitações e potencialidades, pode conduzir suas ações com maior eficácia. E seria no acompanhamento das caminhadas que tais inevitáveis acomodações poderiam ser mais bem percebidas.

> Logo no início da caminhada que realizei com Talita impressionou-me a forma como me descreveu a área atendida pelo Centro de Saúde, indicando as mudanças surgidas ao longo do tempo e as formas como os residentes em diferentes localidades se relacionavam com a instituição. Contou-me que havia se mudado para o bairro há cerca de vinte anos. O governador do estado na época teria "*doado*" o terreno para que famílias de baixa renda erguessem suas casas. Naquele tempo havia ali algumas poucas casas. Um dos quarteirões por onde caminhávamos era formado por um grande pasto, onde seu pai jogava futebol. Não havia violência e todos se conheciam. Chegamos inclusive a passar em frente à sua casa, onde fez questão de

me indicar que, antigamente, ao redor dela havia somente uma cerca de arame que, posteriormente, foi substituída por um muro de razoável altura. Algum tempo depois um grande conjunto habitacional foi construído, fazendo surgir o bairro, atualmente bastante urbanizado. Em certo momento Talita me mostra uma marca no asfalto. Segundo ela, aquele corte no pavimento indicaria o local exato onde o bairro se dividiria, alterando a nominação das ruas e a disposição das casas. Por ali visitamos diversas casas, nas quais Talita perguntava sobre as condições de saúde dos integrantes das famílias ou entregava agendamentos de consultas especializadas. Ouvimos diversas reclamações sobre o funcionamento do Centro de Saúde e sobre o relacionamento das profissionais com as pacientes. Diante de algumas reclamações ela explicava a organização dos serviços oferecidos pela instituição e, diante de outras, convidava as pacientes a comparecerem à reunião da Comissão Local de Saúde, sugerindo que apresentassem suas queixas neste fórum. Geralmente, após deixarmos as casas ela me descrevia o que entendia ser a real situação da família, sobretudo sua condição de renda e suas possibilidades de acessarem os serviços públicos e privados de saúde. Talita parecia conhecer muita gente. Em todo lugar que passávamos cumprimentava alguém, parava para conversar. Tanto com as pessoas procuradas, quanto com diversas outras que a paravam na rua, deu informações diversas sobre como acessar serviços. Quando e onde levar papéis, marcar coisas, conseguir coisas etc. Mais ao final da caminhada passamos ao lado de outro conjunto habitacional, este formado por prédios de cerca de cinco andares. Ela me conta que teria sido com a construção daqueles "*predinhos*" que a região teria se tornado uma área com muita criminalidade e uso de drogas. Com o aumento da população viria o acesso a alguns serviços, mas, com ele, o aumento da violência e de alguns problemas sociais. Cruzamos várias vezes com um carro da polícia. Ela me disse que às terças e sextas-feiras os policiais ficam andando pelo bairro. São os dias em que a droga chega. O esquema de trabalho das ACS responsáveis pela área dos "*predinhos*" era diferente. Elas evitariam ir lá à tarde, pois seria mais perigoso. À tarde apenas entregariam agendamentos de consultas, pois os bandidos já estariam acordados. O conjunto seria um lugar fechado, no qual não se tem para onde ir, se algo acontece. Certa vez teriam cercado uma médica que esteve lá para fazer uma visita. Retornando para o Centro de Saúde Talita me diz

> que, além dos "*predinhos*", eu deveria acompanhar também as caminhadas feitas pelas ACS responsáveis por um bairro vizinho, formado, predominantemente, por "*mansões*". Lá as ACS receberiam muitas "*recusas*", tendo contato apenas com os empregados que viveriam nas residências. Talita tinha uma compreensão profunda da região atendida pelo Centro de Saúde. Suas experiências pessoais com o bairro eram sobrepostas com o conhecimento adquirido no exercício de sua profissão, entendendo a forma como ele se relacionava com o Centro de Saúde (Diário de campo, outubro de 2010).

A experiência das caminhadas das ACS possui, por conseguinte, um encadeamento que articula predicados de diferentes ordens. Num sentido, aponta o valor atribuído aos territórios pelas equipes. Noutro, aponta o valor da atuação das ACS para a vinculação entre os territórios e as instituições. Em um terceiro sentido, as caminhadas permitem que as profissionais mostrem as formas como se apropriam das realidades territoriais, tendo por base perspectivas padronizadas próprias à política de saúde da família. É especialmente destas caminhadas que as profissionais extraem os subsídios necessários para que os territórios se tornem realidades passíveis de intervenção pela política de saúde da família. Contudo, em um quarto sentido, concomitantemente, o acompanhamento desta experiência permite vislumbrar, também, como, ao caminhar, a ACS constrói certa concepção pessoal do território. Para além do uso dos parâmetros basilares dados de antemão pela política de saúde da família, na caminhada a ACS vale-se de recursos próprios para identificar especificidades, fazer associações entre locais, pessoas, necessidades e processos, estabelecer hierarquias e prioridades, relacionar sistemas e fatos etc. Na caminhada, o território é criado *enquanto tal*, *pela* e *para* a ACS, resultando em um campo de entendimento e ação que permeará inúmeras mediações.

Em decorrência da natureza de suas atribuições, as ações empreendidas pelas ACS fora dos Centros de Saúde de Belo Horizonte, nosso lócus etnográfico, são extremamente

diversificadas. Dizem respeito à busca e à divulgação de informações variadas, à observação e ao registro de múltiplas situações, à preparação das condições exigidas para a efetuação de inúmeras atividades, ao desenvolvimento de diferentes articulações entre pacientes e serviços etc. Desse modo, diariamente as ACS deixam as instituições para concretizar ações diversas em vários pontos do território, articuladas a partir de séries de visitas domiciliares. Por seu turno, médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem geralmente deixam os Centros de Saúde em circunstâncias mais episódicas, menos sistemáticas e com finalidades mais delimitadas. Médicas, por exemplo, geralmente saem ao encontro de uma ou duas pacientes impossibilitadas de deixarem suas casas para que obtenham consultas. Já as enfermeiras deixam os Centros de Saúde para, por exemplo, realizarem curativos em pacientes com feridas graves que, em geral, são pouquíssimos nas áreas nas quais atuam. Por seu turno, as auxiliares de enfermagem somente ocasionalmente dirigem-se à residência de uma paciente acamada para, por exemplo, fazer a coleta de seu sangue. Estas visitas comumente consistem, portanto, na realização de uma ou, mais raramente, duas ou três visitas domiciliares encadeadas. Dificilmente tais profissionais realizam múltiplas e seguidas visitas domiciliares em uma mesma ocasião.

Sendo assim, se, normalmente, as ações das demais profissionais fora dos Centros de Saúde apresentam um caráter mais pontual, o cotidiano de trabalho das ACS é composto pela execução de visitas domiciliares concatenadas que se sucedem no desenrolar de suas caminhadas pelas ruas das microáreas pelas quais são responsáveis. Conquanto a quantidade de visitas domiciliares feitas pelas ACS em suas caminhadas varie enormemente como efeito de inesgotáveis fatores, é possível afirmar que, em média, nestas ocasiões elas efetuam cerca de dez visitas domiciliares. Ademais, no trânsito pelas ruas elas empreendem outras ações que transcendem as tarefas próprias às visitas.

É importante assinalar, ainda, que, em regra, as ACS participam das visitas domiciliares feitas pelas demais profissionais. Entretanto, nestas visitas os escopos de ação das ACS possuem feições distintas daquelas apresentadas por suas caminhadas. Quando a ACS acompanha uma visita realizada por outra profissional, sua tarefa principal consiste em promover o encontro entre esta e a paciente: apresentar uma e outra, esclarecer ambas sobre contextos e históricos e informá-las acerca de necessidades e possibilidades. Ou seja, nestas situações a ACS não tem uma atuação direta no que tange ao procedimento específico que motiva a realização da visita. O que não significa que a ocorrência de tais eventos não dependa fortemente de movimentos levados a cabo pela ACS. Sua participação tem início com a identificação e classificação da situação da paciente como um "*caso*" que merece atenção destacada. Para isso ela pode contribuir provendo a profissional com informações sobre a paciente ou instruindo a paciente sobre como acessar e/ou demandar serviços. Uma vez decidido que a visita domiciliar será oferecida à paciente, a ACS auxilia sua concretização, intermediando o encontro entre ela e a profissional. Enfim, se sua atuação no evento limitado da visita possui uma lógica própria, a ocorrência mesma do evento está intimamente associada à lógica de suas caminhadas.

A ocorrência destas caminhadas é uma estratégia de atuação dos Centros de Saúde e suas organizações fazem parte, portanto, do cotidiano de trabalho das ACS. Para organizá-las, estas profissionais lidam com três registros principais. Primeiro, com o dever de visitarem periodicamente cada uma das residências situadas em suas microáreas de atuação. Note-se que, em Belo Horizonte, esta periodicidade varia de acordo com o "patamar de risco" relativo à região na qual a residência se localiza. Com base em certo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), cada *setor censitário* da cidade é classificado em um dentre quatro patamares de risco, a saber: baixo, médio, elevado e muito elevado. Quanto maior o patamar de risco da localidade,

mais constantes devem ser as visitas feitas pelas ACS às suas residências. Estas visitas não são planejadas, por conseguinte, em decorrência de objetivos específicos, pois, nestes casos, trata-se, principalmente, da "*atualização de cadastro*" empreendida pela ACS. Logo, este primeiro registro implica numa maior referência à organização geral da política de saúde da família do município.

O segundo registro levado em conta pela ACS para a organização de suas caminhadas considera demandas particulares surgidas *pela* ou *com* a equipe da qual faz parte. Tais demandas normalmente são direcionadas para a ACS a partir das reuniões regulares da equipe de profissionais. Nestas reuniões são discutidas e definidas ações que envolvem pacientes (o acompanhamento mais próximo da condição de uma paciente que apresenta um problema de saúde delicado, por exemplo) ou grupos de pacientes (a distribuição de orientações para pacientes que participam de "grupos operativos", por exemplo). Demandas semelhantes também são direcionadas à ACS a partir de necessidades pontuais dos outros profissionais da equipe (a coleta de certa informação sobre uma paciente que está sendo encaminhada para um serviço diferenciado, por exemplo). Na dinâmica de trabalho de muitos Centros de Saúde as ACS tomam contato com estas demandas pontuais nas "*caixas de recados*" pelas quais as profissionais se comunicam. No início da manhã a ACS passa pelo Centro de Saúde e observa se porventura surgiram tais demandas e, conforme for, as insere na programação de sua caminhada do dia. Logo, este segundo registro implica numa maior referência à organização do trabalho da equipe de saúde da família.

Por fim, o terceiro registro que participa da organização das caminhadas das ACS refere-se ao modo como elas próprias concebem os territórios, as situações das pacientes e suas possibilidades de intervenção. Posto que tão somente os dois registros anteriores não esgotam as necessidades e objetivos das ações

das ACS, elas manejam a composição de suas caminhadas com vistas a priorizar a realização de algumas visitas domiciliares, o acompanhamento de certas situações, o encontro com determinadas pacientes, o acúmulo de tais ou quais informações etc. Para tanto, dois aspectos são determinantes. Inicialmente, suas percepções sobre o quão fortes são as relações das pacientes com a política de saúde da família, notadamente se elas priorizam o uso dos sistemas públicos ou privados de saúde. Em seguida suas percepções sobre as potenciais condições de saúde das pacientes, especialmente se elas já requerem ou provavelmente requererão atenções por parte da equipe de saúde da família. Logo, este terceiro registro implica numa maior referência à definição circunstanciada dos alvos da política de saúde da família e à forma como seus instrumentos de intervenção serão acionados e manipulados pela ACS.

A definição dos itinerários, paradas e feitos que compõem as caminhadas é, desse modo, um dos principais mecanismos por meio dos quais as ACS, com base em uma autonomia relativa, ajustam e modificam suas contribuições para a realização da política de saúde da família. Enfim, o que interessa sobremaneira constatar como efeito da conjunção destes três registros é que as caminhadas das ACS não apenas efetivam tarefas pré-estabelecidas. As caminhadas são um meio privilegiado para que as ACS ajustem ações e redimensionem parâmetros, recriando-os a partir do modo como apreendem e experimentam as condições das pacientes e dos territórios.

Manejando instrumentos não institucionalizados

Em Belo Horizonte, como em todos os demais municípios, a realização de caminhadas pelas ACS é uma tarefa exigida para o cumprimento de suas obrigações profissionais. O estabelecido é que nestas caminhadas elas, fundamentalmente, façam

visitas domiciliares aos residentes em suas áreas de atuação e, nelas, empreendam a coleta e/ou atualização das informações possuídas pela política de saúde da família acerca de indivíduos, famílias e populações. Para fazer tal manejo das informações seu instrumento de trabalho principal seria, teoricamente, a ficha padronizada denominada "Movimento diário / quadrimestral de visitas do ACS / família", ou "2F6-N". Grosso modo, esta ficha contém campos para o registro da identificação da profissional, do endereço da residência, da data e motivo da visita da profissional, da identificação dos membros da família e de diversos indicadores relacionados às suas condições de saúde, divididos basicamente entre os seguintes grupos: crianças, adolescentes, adultos e gestantes. Ela permitiria o registro da ocorrência de até quatro visitas domiciliares e das transformações, percebidas por meio delas, nas condições de saúde apresentadas pelos indivíduos. Todavia, ao longo do desenvolvimento de pesquisa nos Centros de Saúde por vários meses, foi possível constatar que tal ficha dificilmente é de fato usada pelas ACS. Algo semelhante ocorre com as "*fichas de cadastro*" elaboradas para a captação inicial de informações sobre pacientes e famílias.

Em contraposição, as ACS valem-se constantemente de outros quatro instrumentos para gerenciarem suas caminhadas, suas visitas domiciliares, a manipulação de informações e a relação entre pacientes e serviços. São eles os "*cartões dos postos* [Centros de Saúde]", os "*cadernos de protocolo*", os "*cadernos das famílias*" e as "*listas de pacientes*".

> Abordei Glauciele e lhe disse que gostaria de conhecer a rua que dividia os municípios de Belo Horizonte e outro vizinho. Ela aceita meu pedido e sugere irmos em meu carro, e assim o fazemos. No caminho passamos por uma papelaria, onde ela havia deixado as folhas de visitas mensais para serem encadernadas. Disse que iria encaderná-las para não perdê-las e também para andar com todas juntas. Quando chegamos à

rua que faz a divisa entre municípios, ainda dentro do carro, passamos por duas ou três moças que caminhavam por ali. Glauciele me diz que elas seriam as ACS do Centro de Saúde do município vizinho. Perguntei se já havia conversado com elas, para saber se o trabalho delas era diferente. Ela me responde que nunca havia feito isso. Diz também que seria raro vê-las por ali. Iniciamos as visitas. Enquanto tocava a campainha da primeira casa, Glauciele me mostrou seu caderno. Um caderno grosso de capa dura. Achei-o muito interessante. Nas primeiras páginas estavam escritos à mão pequenos textos (2 a 3 parágrafos cada um) sobre a ESF. Em seguida outros pequenos textos sobre questões médicas (como medir pressão arterial etc.). Depois informações sobre sua microárea. Ela colou uma foto de cada uma de suas ruas. Depois de cada foto de uma rua, reservou uma página para cada residência. Nela colocou o número da casa, o nome dos moradores e algumas informações sobre eles. Nas páginas finais colou cópias do que parece ser um compêndio de informações básicas sobre questões médicas, destes que são vendidos em bancas de jornal. Achei o caderno tão interessante que tive minha atenção absorvida por ele, de tal modo que sequer notei o que Glauciele e a moradora que a atendeu conversaram no portão. Em seguida entramos numa casa e fomos recebidos por uma senhora. Glauciele, ao final da conversa, lhe disse que tentaria marcar um oftalmologista e renovar sua receita. A senhora tem hipertensão e Glauciele pegou sua receita para tentar renovar. Quando estávamos saindo a senhora a pergunta: "*Se arrumar o remédio você me traz*?". A próxima casa que visitamos ficava no mesmo lote. Somos recebidos por uma senhora e sua filha, que logo nos deixa. Glauciele e ela batem papo sobre a situação de diversas pessoas que ambas conheciam. Depois Glauciele lhe faz algumas perguntas sobre sua situação de saúde. A senhora é hipertensa. Glauciele olha algumas de suas receitas e medicamentos. Através das receitas e do relato da senhora ela descobre que a senhora estava tomando os remédios de forma errada. Tenta então orientá-la. Glauciele também dá dicas sobre alimentação e exercícios físicos. Entrega um convite para o grupo de hipertensos. A senhora havia lhe dito que é analfabeta, que estava indo à escola para aprender a ler e escrever. Glauciele pede que ela assine um caderno, registrando que havia feito a visita. O caderno que Glauciele pediu para a senhora assinar é menor, e não o que havia me impressionado. Mais tarde ela

me explicou que aquele caderno substituiria provisoriamente as fichas padrão que estava encadernando. Segundo ela, nas fichas apenas "*marca x*", enquanto no caderno anotaria o que acha relevante. Pede que as pessoas assinem para comprovar que fez a visita. Disse que já ocorreu de pacientes visitados chegarem no Centro de Saúde e dizerem que suas casas nunca foram visitadas pelas ACS. O caderno teria sido usado para provar o contrário. Na próxima casa fomos recebidos no portão por um homem de aproximadamente 35 anos. A conversa entre ele e Glauciele se deu acerca do cadastro de sua companheira. Pelo que entendi, ele estava morando agora com uma mulher com quem teve um relacionamento no passado. Recentemente esteve morando com outra, que Glauciele havia cadastrado. Agora iria substituir uma pela outra no cadastro. Glauciele lhe pediu um documento da companheira, para já fazer a atualização, mas ele disse que não tinha nenhum. Glauciele combina com ele um horário para retornar. Três casas depois fomos recebidos por uma senhora que morava um nível abaixo da casa que dava para a rua. Pelo que entendi seu filho mora na primeira casa, enquanto ela, o marido e dois netos moram na casa de baixo. Glauciele convida a senhora para participar do grupo de caminhada. Esta diz que não iria devido às dificuldades de deslocamento. Glauciele insere o nome de um dos netos no cartão do Centro de Saúde. A senhora disse que usa um antidepressivo para dormir, pois sem ele não consegue dormir. Disse que os compra por conta própria, pois na última consulta o médico não quis lhe receitar. Disse que para tentar resolver os problemas de comportamento do filho que mora na casa em cima lhe deu fluoxetina. Depois que deixamos a casa Glauciele me disse que o filho daquela senhora "*mexe com droga*". Durante a conversa com a senhora ela anotou "*drogadito*" em seu caderno. Duas casas depois fomos atendidos por uma senhora no portão. Comentando sobre o fato de que algumas pessoas a convidam para entrar e outras não, Glauciele me disse que é pedido aos ACS que entrem nas casas, para "*observar outras coisas*". Ela também trocou o cartão da casa, pois a neta da senhora havia se mudado. Glauciele me conta que o cartão que a Prefeitura envia ao Centro de Saúde não é bom. Na parte de trás há um espaço para que as consultas agendadas sejam marcadas. Com isso o cartão se esgota rapidamente, e incomoda aos ACS precisar trocar o cartão constantemente. Por isso os profissionais do Centro de Saúde procuram mandar fazer cartões com seus próprios

> recursos. Para facilitar para os pacientes, tentam fazer os cartões nas cores das equipes. Começa a chover mais forte neste momento e, por isso, encerramos as visitas daquele dia (Diário de campo, março de 2011).

Os "*cartões dos postos*" são artifícios utilizados pelas profissionais para atuarem sobre a vinculação das pacientes aos Centros de Saúde. Distribuídos às residentes na área de abrangência da instituição, estes "*cartões*" contêm informações variadas sobre os indivíduos e as famílias. Comumente produzidos pelas próprias profissionais das equipes de saúde da família, suas feições apresentam diferenças importantes, variando quais informações são neles registradas. Contudo, todos têm como função principal permitir um controle local sobre o acesso das pacientes aos serviços. Aquela que o possui é imediatamente reconhecida pelas profissionais como pertencente ao grupo associado ao Centro de Saúde. As ACS que integram equipes que utilizam tais "*cartões*" constantemente gerenciam seus usos, conteúdos e produções no decorrer de suas caminhadas. Entregam novos "*cartões*" a antigas ou recentes moradoras da área, recolhem ou inutilizam aqueles de pacientes que por alguma razão não mais estejam lastreadas ao Centro de Saúde, inserem ou retiram nomes de pacientes naqueles que são não individuais, mas "*da família*", atualizam dados referentes às pacientes etc. Para empreender este gerenciamento as ACS balizam-se por certos parâmetros adotados pela instituição e/ou por suas equipes. Contudo, tais parâmetros são sempre bastante frouxos e imprecisos, o que lhes concede uma liberdade considerável para manejarem o uso deste instrumento da forma que entendem ser a mais correta. Por exemplo, dependendo do conhecimento que possuem sobre certa paciente podem julgar qual o momento adequado para entregar ou tomar o "*cartão*". Ou então dependendo da avaliação que fazem sobre a rotina de trabalho da equipe podem dar mais atenção à atualização de certa informação nele assinalada.

Por sua vez os "*cadernos de protocolo*" são instrumentos utilizados pelas ACS para registrarem a realização de suas visitas domiciliares ou o trânsito de informações e documentos. Esses geralmente são cadernos escolares comuns ou então livros já formatados para a anotação de ocorrências ou correspondências. O cotidiano de trabalho das ACS é composto por ações mais ou menos graves, mais ou menos excepcionais. As ACS que adotam o uso destes "*cadernos*", quando se veem diante de situações graves ou excepcionais, situações pelas quais suas atuações tendem a ser mais conferidas ou examinadas, anotam neles suas ações e solicitam que as pacientes assinem seus nomes junto às anotações pertinentes, enquanto concordância do registro feito. Por exemplo, quando uma paciente se encontra afetada por uma doença que requer observação constante, a ACS registra em seu "*caderno de protocolo*" as visitas que a faz. Pode registrar também a entrega do documento que explicita o agendamento de uma consulta especializada, quando esta é de difícil consecução ou quando o tratamento da paciente será fortemente influenciado por sua realização. Certamente tal instrumento funciona como uma garantia para a ACS de que cumpriu suas obrigações em casos nos quais a imputação de responsabilidades negativas pode ser buscada. Porém, os apontamentos neles contidos servem também como definidores de atos, uma vez que operam enquanto registros históricos tidos como relevantes. Uma paciente pode balizar suas ações a partir do fato de que algo sobre ela foi ou não registrado neste tipo de "*caderno*". Uma equipe de saúde da família pode balizar suas ações priorizando a consideração das informações contidas neste "*caderno*". Consequentemente, ao usá-lo e ao acioná-lo em tal ou qual situação a ACS redimensiona o valor de certos fatos, podendo atuar sobre determinadas dinâmicas da política de saúde da família.

Já os "*cadernos das famílias*" são o instrumento mais complexo utilizado pelas ACS para reordenarem suas contribuições à reprodução da política de saúde da família. Seus conteúdos

variam enormemente, dependendo das ACS que os produzem e das formas como são apropriados pelas demais profissionais. Suas funções principais são registrar informações sobre as pacientes e sobre as famílias. Nesse sentido, eles podem ser mais ou menos amplos, dependendo de quais são as informações registradas pela ACS. Geralmente são dedicadas uma ou duas de suas páginas para cada família atendida pela ACS, nas quais são assinalados e atualizados dados diversos sobre seus integrantes, sobretudo seus números de documentos pessoais, locais de residência, situações de saúde e condições econômicas. A cada nova visita feita à família a ACS pode então atualizar parte ou a totalidade destes dados. De modo que poderíamos entender que estes cadernos funcionam como *bancos de dados e de cadastros* erigidos diretamente pelas ACS.

É notadamente importante levarmos em conta que as composições destes cadernos são efeitos das formas como as ACS concebem, analisam e sintetizam a realidade com a qual trabalham. Nestes "*cadernos*" elas não apenas reproduzem informações potencialmente captadas por outros instrumentos padronizados, mas podem registrar dados por eles não contemplados. Anotam, por exemplo, como certas pacientes obtêm e consomem seus medicamentos; as datas nas quais realizarão exames ou obterão seus resultados; os dias da semana e os horários nos quais mais provavelmente poderão ser encontradas em suas casas; a probabilidade de permanecerem residindo em suas casas por certos períodos; as situações momentâneas de processos de agendamento de exames ou de consultas especializadas etc. Além disso, em seus "*cadernos*" as ACS também podem criar e operacionalizar classificações e interpretações. Por exemplo, com base em suas avaliações sobre a renda e sobre os hábitos de determinada paciente a ACS pode qualificá-la como mais ou menos necessitada de receber visitas domiciliares ou de ser consultada por uma médica.

Como as ACS estão em contato constante com as famílias atendidas, as demais profissionais tendem a conceber tais "*cadernos das famílias*" como as fontes mais atualizadas e confiáveis de dados sobre suas pacientes. Ao fim e ao cabo, as informações e categorizações contidas nos "*cadernos*" podem impactar de forma determinante a condução das ações não apenas da ACS, mas também das demais profissionais.

Por fim, as "*listas de pacientes*" são sínteses de informações sobre grupos de pacientes erigidas com base em certas condições de saúde e doença. Estas geralmente têm como tema certas classes de pacientes para as quais as equipes de saúde da família devem dirigir cuidados mais constantes e pormenorizados: recém-nascidos, gestantes, doentes crônicos etc. Assim, frente à multiplicidade de condições de saúde interna à população pela qual é responsável, a ACS pode consolidar, em uma só "*lista*", dados sobre todas as pacientes hipertensas, por exemplo. De posse desta "*lista*" ela poderá então atender solicitações das demais profissionais, organizar suas ações ou colaborar no planejamento adequado de certos serviços.

Vale ressaltar que as demandas pela produção e uso destes instrumentos têm origens distintas. A criação e utilização dos "*cartões dos postos*" dependem fundamentalmente de desígnios instituídos pelo Centro de Saúde. Isso significa que a ACS participa da opção por suas criações e utilizações, mas não o faz de maneira absolutamente autônoma. Desse modo, suas atuações pessoais são mais decisivas no que tange à forma como serão usados. Por seu turno, a criação e utilização das "*listas de pacientes*" estão intimamente associadas aos modos como enfermeiras e médicas conduzem suas ações. Normalmente são elas que solicitam às ACS que as "*listas*" sejam produzidas e que definem o quanto elas impactarão o desenvolvimento dos trabalhos das equipes. Nesse âmbito, portanto, as atuações pessoais das ACS são pouco relevantes, restringindo-se à qualidade do material que por acaso produzam. Já os "*cadernos de*

protocolo" e "*das famílias*" partem dos interesses das próprias ACS. São elas que decidem sobre suas produções e composições. Consequentemente, dentre os instrumentos, digamos, "materiais" disponíveis às ACS, é nos "*cadernos*" que podemos perceber mais nitidamente suas contribuições exclusivas para a instauração da política de saúde da família. Em suas caminhadas, dentre tais instrumentos, é através dos "*cadernos*" que elas mais autonomamente operam classificações, direcionam recursos e tecem laços entre os componentes da política.

Conduzindo visitas domiciliares

Ainda que processos importantes ocorram enquanto as ACS transitam pelas ruas, os principais eventos que integram suas caminhadas são as visitas domiciliares. É essencialmente pela seleção das residências que serão visitadas que as ACS planejam suas caminhadas. Neste sentido, as visitas são os conectores fundamentais das ações desenvolvidas neste tipo de atividade. Por outro lado, é pouco comum que as visitas ocorram aleatoriamente. Geralmente as ACS iniciam suas caminhadas já tendo em mente quais residências visitarão. Desse modo, o planejamento das caminhadas já se constitui em uma maneira de as ACS classificarem as famílias em certos grupos de acordo com suas características e com as formas como elas se relacionam com a política de saúde da família. Mais dificilmente as visitas acontecem seguindo a sequência das posições das residências nas ruas. Em certo dia a ACS opta por caminhar visitando as famílias que precisam ter seus cadastros atualizados. Em outro opta por ir às residências que possuem pacientes acamados. Ou então opta por aquelas cujos membros possuem consultas especializadas agendadas. Certamente tais seleções não são absolutamente fechadas. Por exemplo, visitando famílias de determinadas ruas que possuem integrantes que participam de um "*grupo de diabéticos*" ela pode passar por uma casa que possui um recém-nascido. Não obstante, de um modo geral, é possível

entender que, na medida em que ao caminhar a ACS seleciona as residências que visitará de acordo com certos critérios, ela em algum nível redimensiona a condução do exercício da política de saúde da família.

Seguramente a noção de *família* é estruturante para a política de saúde da família. Embora do ponto de vista de sua execução global ela seja diferencialmente apreciada a depender das abordagens empregadas em cada empreendimento, no que tange à organização inicial da política em seu caráter territorial a noção de *família* é predominantemente associada à de *residência*. Neste prisma, de modo simplificado uma família corresponderia ao grupo de indivíduos que vive em uma mesma residência. Entretanto, é sabido que tal correspondência deve ser mais bem qualificada para uma apreensão mais apropriada da realidade e, consequentemente, para uma maior eficácia das ações. A partir de suas práticas, de suas formações especializadas e dos conhecimentos mais refinados que adquirem em torno das realidades particulares nas quais atuam, as profissionais reorganizam a grade de compreensão inicialmente direcionada à família. Isto é feito em decorrência de múltiplas referências – culturais, técnicas, normativas etc. Neste sentido, em função do entrelaçamento de perspectivas que permitem e do nível de detalhamento que alcançam, as visitas domiciliares empreendidas pelas ACS em suas caminhadas são, talvez, a estratégia mais fecunda para o alcance desta qualificação.

No cotidiano dos Centros de Saúde a noção de família ganha, por conseguinte, predicados variados. A descrição destes deslocamentos conceituais está além das pretensões deste trabalho. Não obstante, interessa salientar que, desde o plano mais amplo de atuação elaborado pela política de saúde da família, a prática profissional da ACS está inserida em certa lógica de exercício do poder na qual a família é apreendida como um *instrumento de governo*. A família, enquanto fato social e enquanto objeto passível de regulação, possibilita a junção entre ações de diferentes níveis (global, conjuntural, singular

etc.), tipos (ordenação, correção, isolamento etc.) e naturezas (médica, sanitária, econômica etc.). Por isso a potencialidade de múltiplas apropriações propiciada pela família é tão rentável do ponto de vista mais amplo da política, assim como os contatos diretos com ela são tão fecundos do ponto de vista das possibilidades de intervenção possuídas pelas profissionais[66].

Ao adentrar nas casas as ACS tomam contato direto com suas realidades. Podem observar minúcias da dinâmica familiar, tais como as afeições, conflitos e hierarquias existentes entre seus integrantes. Podem notar como eles se organizam para o enfrentamento de experiências de saúde/doença. Podem perceber elementos (econômicos, religiosos etc.) que influenciam as relações da família com o serviço de saúde. Podem contextualizar históricos, práticas e tendências que as demais profissionais apenas vislumbram dentro dos Centros de Saúde. Podem então atingir um nível de detalhamento sobre aspectos relacionados às pacientes e às suas famílias que se torna decisivo para a forma como a equipe de saúde da família as conceberá e a elas dirigirá suas intervenções. Como as visitas feitas pelas demais profissionais são mais ocasionais e comumente acontecem já em decorrência de análises prévias das quais as ACS participaram, as sistemáticas visitas realizadas por estas ganham ainda maior relevo. Além disso, deve ser levado em conta que suas visitas por vezes se antecipam à chegada de certas problemáticas às instituições, sendo identificadas e avaliadas antes que as pacientes decidam apresentá-las ao serviço de saúde. Enfim, em larga medida deriva daí a proficuidade das visitas domiciliares regulares das ACS do ponto de vista do governo implementado pela política de saúde da família, considerando-se o grau de capilaridade que instala sobre as populações.

66 A inspiração para o argumento de que, em composições como a em tela, a família é apreendida como um instrumento (flexível e articulável) de governo vem de Foucault (2008). Aos interessados em comentários sobre as trilhas analíticas que levam a tal concepção, indicamos Dean (2010) e Lemke (2011).

Durante a tarde saí com Regina para fazer visitas domiciliares. Ela diz que é recebida em todas as casas de sua área, exceto por uma, na qual seus integrantes possuem convênio médico privado e não utilizam o Centro de Saúde. Na primeira visita somos recebidos por uma senhora portadora de artrite. A segunda casa que fomos estava localizada dentro de certo "buraco", ou "vale", com mata em volta e próxima a um esgoto a céu aberto. Ali morava uma menina de 14 anos, mãe há dois meses, e soropositiva. Regina me avisa antes de entrarmos na casa que a menina não sabe que ela sabe que a menina tem HIV. Ainda não sabiam se o bebê havia sido contaminado. Descobriram que ela era soropositiva na 32ª semana de gestação. Não se sabe se o pai é soropositivo. Regina falava dando sérios conselhos. Dizia à garota que agora havia passado seu tempo de criança, que a criança agora era o bebê, e que ela precisava ter responsabilidade. A terceira casa era de uma senhora que vivia imediatamente atrás da casa anterior. Ela reclamou que vai ao médico todos os dias, e que gasta muito com transporte. Teve câncer de mama, e perdeu um seio. Sua neta está fazendo o segundo ano do ensino médio. Disse que precisaria arrumar um emprego, mas que em todas as agências que vai lhe é pedido domínio de informática, e ela não tem. Regina sugeriu que ela buscasse trabalho na padaria do bairro. Ficou de olhar se ela mesma não lhe arrumaria o emprego. Em seguida caminhamos um pouco e fomos a uma rua próxima. A casa ficava descendo uma longa escadaria, nos fundos de outras casas, na lateral do "vale". Ali morava uma moça grávida. Regina queria lhe avisar da mudança no dia e horário de uma consulta. Descemos mais um pouco e fomos até uma casa onde uma garota havia perdido seu bebê no parto. Ela tinha que fazer um exame de sangue. Este estava marcado para a última quarta-feira, e ela não apareceu. Não sabia se poderia ir amanhã. Regina disse que estava ali apenas porque a enfermeira pediu que verificasse se estava tudo bem com ela. Regina me contou que na casa em frente moravam seis crianças. A mãe havia começado a beber muito. Disse que havia informado sobre essa situação para a equipe para se resguardar. Achava que algum vizinho acabaria fazendo uma denúncia no Conselho Tutelar. Com essa informação de Regina, a médica e a enfermeira da equipe poderiam, então, caso fossem procuradas pelo Conselho Tutelar, dizer que estavam cientes, mas que nada poderiam fazer. Não visitamos a casa. Naquele morro, um pouco mais acima, morara um

> homem de 31 anos que havia sido assassinado com 12 tiros. Também não visitamos a casa. Regina me contou também sobre um homem de 28 a 30 anos. Teve um AVC com leves sequelas. Mais recentemente teve outro AVC. Não conseguia ir ao Centro de Saúde. Teve uma consulta com a médica, que viu sua situação e o colocou como "*acamado*". Começou a chover muito forte e entramos na garagem de uma casa. Regina conhecia várias pessoas que moravam nas cerca de três residências que ali havia. Enquanto esperávamos a chuva parar, Regina me diz que tem três famílias: sua mãe, que visita todos os dias e que cuida de seus medicamentos, sua filha e a população. Disse também que cinco famílias tomam muito seu tempo. Na casa de uma delas, organiza uma caixa de sapato de medicamentos, e coloca nas caixas deles um sol (para indicar manhã), um prato (para indicar almoço) e uma lua com estrelas (para indicar noite). Só assim as pessoas saberiam o horário certo de tomar os medicamentos (Diário de campo, novembro de 2010).

Mas o êxito deste movimento não está subordinado unicamente à presença da ACS no interior das residências. Ademais da constância de suas visitas, é destacadamente relevante o modo mais ou menos eficaz como conduz suas relações com as pacientes. Para o sucesso de suas ações é inescapável que suceda algum grau de bom relacionamento pessoal entre ela e as pacientes residentes em sua área de atuação. Quer através de um encontro amigável em uma visita esporádica, quer através do estabelecimento de cooperações mais amplas em visitas mais constantes e motivadas por razões importantes. Uma paciente que, por exemplo, possua antipatia para com a ACS pode recusar-se a recebê-la quando não possui uma demanda já formulada, dificultando a rotina de seu trabalho. Ou então uma paciente que nutre profunda confiança na ACS pode confidenciá-la informações relevantes sobre sua condição de saúde, permitindo à profissional buscar a efetuação de intervenções com maior anterioridade ou adequação. Percebe-se ainda que relações mais ou menos afáveis são determinantes na composição das reações das pacientes tanto às sugestões quanto aos equívocos

das ACS, assim como nas suas percepções sobre a estruturação e sobre os limites dos serviços dos Centros de Saúde.

O bom desempenho de seu trabalho implica, portanto, na habilidade da ACS em instrumentalizar suas relações pessoais na direção de ações mais rápidas e eficazes. Em suma, o sucesso das visitas domiciliares das ACS não decorre somente de suas simples execuções, sendo funções das formas como elas selecionam quais serão realizadas, de suas competências em analisar as condições das famílias e de suas capacidades em estabelecer relações pessoais adequadas com as pacientes.

Após um período de tempo razoavelmente curto em seu exercício profissional a ACS adquire um conhecimento básico sobre as condições de saúde das pacientes residentes em sua área de atuação. Por isso suas visitas domiciliares comumente não requerem a busca de informações iniciais sobre as pacientes. Assim, durante as visitas mais normalmente as ACS procuram saber sobre modificações surgidas no quadro familiar ou de certa paciente, ou então intentam aprofundar suas compreensões acerca de determinados processos. Concretamente, nas visitas as ACS geralmente fazem questionamentos bastante gerais às pacientes e, a partir deles, conduzem os diálogos de acordo com suas pretensões ou com as demandas sugeridas pelas pacientes.

Contudo, é imprescindível considerar que estes diálogos raramente são pautados pela simples explicitação e registro protocolares de dados sobre as condições de saúde, em sentido estrito, das pacientes. ACS e pacientes discutem sobre atitudes e práticas pessoais, sobre fatos ocorridos na região, sobre a dinâmica atual do Centro de Saúde, sobre as melhores formas de se valer de seus serviços, sobre eventos vivenciados por terceiros etc. Enfim, é muito frequente que, na visita domiciliar, a ACS dialogue com as pacientes sobre assuntos genéricos que envolvem suas vidas. A cada visita sua tarefa é, portanto, buscar, no âmago deste intercâmbio, elementos úteis para que construa sua análise sobre a situação da paciente e/ou da família, tendo

em vista a forma como ela se relaciona com a política de saúde da família. Com base nesta análise ela poderá então oferecer orientações à paciente acerca da utilização dos serviços da política ou trabalhar junto às demais profissionais para que ações lhe sejam dirigidas.

> No final da manhã encontrei com Beatriz, que me disse que ainda daria tempo de fazermos algumas visitas. No caminho me diz que iríamos visitar uma senhora chamada Geralda. Comenta que ela participaria de certa igreja, e que as pessoas do grupo se ajudavam muito. Beatriz chega a dizer que elas eram como uma "*tribo*". Chegamos à casa às 11h40. Fomos recebidos em sua sala. Durante algum tempo da conversa estiveram por lá também uma filha e uma neta. Beatriz lhe pergunta sobre sua família, sobre consultas e sobre sua condição de saúde. Dá dicas sobre cuidados com a saúde. Mais ao final da conversa a convida para uma reunião de um grupo de idosos que, ao que parece, estava sendo criado por uma integrante do NASF. Geralda estava com um dedo do pé inchado. Elas conversaram sobre a necessidade de se procurar um médico para que ele olhasse o dedo. Geralda pergunta se poderia se consultar sem ir ao acolhimento. Depois começa a contar histórias sobre suas experiências com Deus e a tentar mostrar como sua igreja seria boa. Saímos da casa entre 12h15 e 12h20. Após o período de almoço Beatriz retornou ao Centro de Saúde e me convidou para sairmos e fazermos novas visitas. Primeiro dirigimo-nos até uma casa onde, segundo ela, moravam três mulheres. Uma senhora, de 86 anos, sua filha e sua neta, de 17 anos. A filha era cadeirante, e sofreria com uma espécie de artrose. Beatriz disse que "*esse é o tipo de caso que a gente trabalha, trabalha, e não vê resultado*". A família seria muito desunida, e não se esforçaria em melhorar sua condição de vida. A casa ficaria sempre suja, e elas sequer sairiam para comprar comida. Beatriz me disse que a cadeirante poderia estar, segundo alguma fisioterapeuta, andando usando apenas uma bengala, mas teria "*se entregado*". Já a menina passaria o dia inteiro junto com um cachorro, e não sairia de casa para nada. Beatriz disse que encontraríamos a casa numa condição melhor, pois teria sido recentemente reformada por um grupo religioso. Fomos recebidos pela avó, que estava no

portão. Caminhamos até a sala, onde estava sua filha. A casa era escura, e não tinha mobílias. Logo que chegamos começou a chover, e a senhora pediu à neta, que estava num quarto ao lado – cuja porta estava tampada com um pano para impedir a visão e um tablado no chão para impedir que o cachorro saísse lá de dentro – que colocasse seu colchão para dentro. A garota resmungou alguma coisa, e não apareceu. Quando a chuva aumentou, eu mesmo, incomodado com a situação, pus o colchão para dentro. A conversa da cadeirante com Beatriz se deu em torno da marcação de exames para ela. Beatriz disse que viria alguém para colher seu sangue, e que poderia agendar uma ambulância para levá-la a algum lugar para fazer um exame. Ela disse que talvez pediria para a ex-cunhada buscá-la de carro, já que provavelmente teria problemas para ser colocada dentro da ambulância, pois não teria ninguém para ajudar. Ficamos um pouco mais por causa da chuva. Beatriz diz que foi fazer aquela visita porque precisava conversar sobre os exames. Ficamos um tempo embaixo de uma marquise aguardando a chuva diminuir. Dirigimo-nos para outra casa. No caminho Beatriz me conta que nela moravam uma senhora de quase 80 anos e seu filho, de 52, que teria um "*atraso mental*". Beatriz me diz que antigamente morava na casa também outro filho, mais velho e alcoólatra. Certa vez ela desconfiou e, através de vizinhos, ficou sabendo que o irmão mais velho estuprava o mais novo. Disse que a médica da equipe olhou seu prontuário e verificou que ele já havia estado no Centro de Saúde reclamando de sangramento no ânus. Beatriz disse que não faria a denúncia do abuso sozinha, mas apenas se o fizesse com a equipe. Um psicólogo teria conversado com a mãe, e "*apertado*" ela até que reconhecesse o fato. Teria dito a ela que se o irmão mais velho não se mudasse ele seria obrigado a denunciá-lo. Ele se mudou. A senhora e o filho excepcional nos recebem na sala. Sentamos e conversamos um pouco. Ela nos conta que o filho estava bem. Conta que quando ele vai ao sótão, onde morava o irmão abusador, volta sempre nervoso, provavelmente porque se lembra dos abusos. Disse que então o distrai pedindo que faça alguma coisa, e assim ele se acalma. Beatriz me disse que quando o fato foi descoberto a mãe ficou com muito medo de que a equipe ou outras pessoas a culpassem pelo fato; me diz ainda que fomos até esta casa para que eu "*conhecesse o caso*". Voltamos ao Centro de Saúde, um pouco em função da chuva. Já no Centro de Saúde Beatriz me diz que a questão das

> famílias influencia em tudo. Conversávamos sobre como cada família resolve seus problemas de uma maneira particular. Diz também que às vezes se depara com um problema, e que precisa recorrer a diversos meios para tentar resolver. "*Conheço os pontos fortes e fracos da pessoa*". Então recorre a quem acha que pode ajudá-la: alguma família, vizinhos, irmãos de fé, pastores etc. (Diário de campo, abril de 2011).

Um itinerário comum para as intervenções ocorridas nos Centros de Saúde é que, no decorrer de suas caminhadas, a ACS visite uma família e, com isso, faça emergir à política de saúde da família um "*caso*". "*Casos*" seriam as situações que, devido às suas características particulares, fogem ao escopo dos controles rotineiros desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, requerendo, portanto, ações específicas. A ACS então "*passa o caso*" para as instâncias pertinentes do serviço de saúde e, dependendo da ação que venha ocorrer, "*acompanha o caso*" até que seja definitivamente solucionado. Este "*acompanhamento*" geralmente representa a realização de mais constantes visitas à paciente em questão ou o trânsito de informações entre paciente e profissionais. A habilidade pessoal da ACS é, assim, determinante para a construção, conforme ordenamentos profissionais e institucionais, de "*casos*" que, sozinhos, os instrumentos padronizados não seriam capazes de, simplesmente, "desvelar".

Em contextos de atenção primária à saúde, como é o da política de saúde da família, as necessidades de saúde das pacientes geralmente não se apresentam enquanto tais de maneira perfeitamente clara e explícita. Antes que diagnósticos médicos precisos lhes sejam dirigidas, elas normalmente encontram-se imiscuídas a inúmeros fatores sociais e comportamentais. Ordinariamente a ACS se depara com "pequenas desordens", cujas origens anunciadas misturam causas expressas como orgânicas, emocionais, espirituais, econômicas etc. Para a classificação das necessidades de saúde das pacientes por vezes

são necessários, portanto, esforços da ACS para percebê-los ou identificá-los com alguma exatidão. Sinais de potenciais necessidades podem estar obliterados, exprimidos de maneira equívoca ou mesmo se apresentarem enquanto tais sem que suas causas e consequências estejam consideravelmente ligadas a processos de saúde-doença. Desse modo, mais do que apenas ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio de suas visitas domiciliares, as ACS transformam o sentido destes serviços atuando sobre a configuração de seus alvos.

Contribuindo com a política

Posta em suspensão a tese de que o duplo pertencimento da ACS (à equipe profissional e à comunidade) permitiria a ela o exercício de certa *mediação cultural* (por um lado entre saberes e, por outro, entre serviços e necessidades de saúde), para que analiticamente se privilegie o exame daquele que se constitui no processo privilegiado para a constituição de sua atuação, ou seja, das suas caminhadas, somos levados a entender que o caráter fundamental das articulações que ela empreende é de outra natureza. Parte de suas atribuições profissionais consiste no estabelecimento de contatos constantes e duradouros com os residentes nas áreas em que atuam, independentemente de os sujeitos estarem ou não vivenciando episódios de doença. Não há dúvida de que, ao caminharem, elas colaboram com a constituição de articulações entre praticamente todos os elementos que compõem a política de saúde da família. Contudo, também parece incontestável que esta colaboração vai além da simples união entre fatores ou de suas transposições adaptadas entre contextos. Suas contribuições são mais profundas, transformadoras e imprevisíveis.

Ao menos em contextos urbanos como o de Belo Horizonte, aqui em foco, a por vezes anunciada mediação entre valores,

significados e perspectivas ou entre serviços e necessidades de saúde empreendida pela ACS não adquire uma importância determinante. Não porque tais "especificidades culturais" não existam ou não importem. O que se passa é que, no contexto da política de saúde da família, os aspectos decisivos para sua efetivação são a multiplicidade inerente aos fenômenos populacionais e a forma como ela será governada por certos dispositivos que se valem de práticas profissionais, arranjos institucionais e instrumentos de ordenamento e transformação da realidade.

O que interessa, portanto, não são as vinculações a partir da instauração da política de saúde da família, mas as vinculações requeridas para a própria constituição desta política. ACS filtram, traduzem e conectam elementos dados. No entanto, mais fundamentalmente, elas também os criam, recriam e ativamente manipulam suas relações. Sob este prisma, concebemos que as mediações empreendidas pelas ACS são, predominantemente, entre classificações e entre recursos. Ao mediar classificações as ACS atuam (re)configurando alvos específicos da política de saúde da família. Ao mediar recursos as ACS atuam ajustando a dispersão e a intensidade dos meios de governo disponíveis à política de saúde da família em situações particulares.

> Enquanto caminhava com Carolina e Manuela elas me contaram que andam juntas não apenas para fazerem companhia uma para a outra, mas também porque certas áreas são perigosas, e andar juntas lhes dá mais segurança. Contaram também que em algumas casas são recebidas por homens sozinhos, e que estando juntas têm mais segurança. Algumas mulheres saem para trabalhar e ficam os homens em casa. Visitamos primeiro um local onde havia vários pequenos barracões. Descemos uma rampa e chegamos a um corredor no fundo. Batemos numa porta, para que Manuela fizesse um cadastro, mas não encontramos os moradores. Do barracão do lado saíram duas moças jovens. Depois, saindo de um corredor apareceu uma senhora, acompanhada de alguns garotinhos. Elas aproveitaram e perguntaram para Manuela

e Carolina sobre alguns serviços. Mas o assunto mais forte e demorado na conversa foi o desejo de uma das moças em fazer uma ligadura de trompas. Depois, dentro do mesmo terreno, mas descendo por entre um terreno baldio, fomos até outro casebre. Chamamos novamente, mas ninguém atendeu. Saímos dali, andamos alguns quarteirões e chegamos até uma casa de muro e portões grandes. Fomos atendidos no portão, pela senhora dona da casa. Carolina lhe perguntou sobre um caroço que tinha na mão e falou sobre alguns serviços do Centro de Saúde. Recomendou que fosse ao Centro de Saúde olhar o caroço e também para sua família buscar outros serviços. Mas a senhora disse que não iria, pois a família possuía plano de saúde. Disse que quando ia ao Centro de Saúde e via outras pessoas na fila, desistia da consulta "*e deixava para quem precisa mais*". Caminhamos um pouco mais e chegamos a uma casa para fazer o cadastro de um recém-nascido. Para fazê-lo, Carolina pediu a certidão de nascimento do menino, o cartão do Centro de Saúde e o caderno da criança onde está o registro das vacinas. Disse que ali faria um cadastro com o número de cadastro da família. Posteriormente o menino receberia um número de prontuário próprio. Naquela casa, o avô do bebê faz uso do Centro de Saúde para controle de hipertensão. Faz troca de receita e pega medicamentos. Perguntei à mãe e ela me disse que não fará puericultura no Centro de Saúde, pois usará o convênio. Carolina comentou que a instituição lhe seria útil para as vacinas do menino e para o teste do pezinho. Enquanto nos dirigíamos para a próxima casa, Carolina me conta que o médico e a enfermeira só fazem visitas domiciliares depois de muita insistência. Disse que "*se os deixamos tranquilos, eles ficam tranquilos*". Disse que "*fala na cabeça*" deles até que se chateiem e resolvam fazer a visita. Chegamos então numa casa, onde Carolina também pretendia fazer cadastro. Desta vez, de toda uma família. Primeiro ela parou na casa vizinha para cumprimentar duas mulheres que lá estavam. Uma senhora que ali estava conhecia a mãe de Carolina. Conversamos um pouco e fomos à casa vizinha. Essa era inquilina da senhora que ali estava. Tratava-se de uma mulher de cerca de 35 anos. Tinha um filho de três anos e outro recém-nascido. Este nascera com uma doença grave. Havia passado por uma cirurgia na coluna e havia a possibilidade de ter problemas nas pernas e seu crânio podia crescer. Carolina ali estava para cadastrar a família, mas como a mulher não estava com nenhum dos documentos dos membros da família,

> Carolina combinou de voltar no dia seguinte. Como havia feito em todos os outros momentos, Carolina falava à mulher de forma bastante elogiosa sobre os serviços do Centro de Saúde. A mulher não sabia do que se tratava, qual e onde era o Centro de Saúde. Quando estávamos saindo, ela agradeceu bastante, e disse "*vocês são muito prestativos*". Ao sairmos da casa, reencontramos com Manuela, que havia nos deixado para resolver algo quando chegamos à casa do recém-nascido. Ela conversava com as duas mulheres ali. Carolina participou um pouco mais do bate-papo e aproveitou para fazer um novo cartão para uma delas. (Diário de campo, novembro de 2010).

Em suas caminhadas, as ACS fazem circular e qualificam informações. Distinguem situações e as distribuem em eixos tipológicos e hierarquizados de acordo com certas ordens de primazia. Identificam e fazem ressaltar processos. Avaliam tais cenários em consideração ao panorama conjunto do Centro de Saúde e da política de saúde da família. Desse modo, as ACS operam classificações e recursos no sentido de engendrar alvos tanto regulares quanto episódicos para a política de saúde da família. No limite, enquanto somente um dentre os vários instrumentos de governo que erigem esta política, o tipo de mediação levada a cabo pela ACS distingue-se pouco daquela advinda dos demais instrumentos: cadastros, territorializações, médicas, prontuários, enfermeiras, agrupamentos populacionais etc. O que torna especial a mediação efetuada pela ACS são os níveis de profundidade, transformação e de ajuste pessoal que atingem acerca de certos extratos da realidade. São as constantes caminhadas das ACS que melhor mediam as classificações e os recursos da política de saúde da família em relação a condições territoriais específicas, ou, dito de outro modo, em relação aos fenômenos mutáveis pouco perceptíveis desde os arranjos empregados mais fortemente dentro das instituições.

Por isso as ACS são ferramentas de governo tão eficientes e fecundas. Não porque exercitam o governo desde múltiplos vínculos (em especial o "profissional" e o "comunitário"), mas

porque os regularizam, os multiplicam e os tornam mais exatos. Perpetram a gestão de certas condições populacionais, fazem a transição entre níveis de realidade microscópicos e macroscópicos e atualizam, desde o prisma da lógica de governo que atravessa a política de saúde da família, as modificações surgidas na realidade enfrentada. Entendendo o Estado como a construção de âmbitos relativamente estáveis de exercício do governo, as ACS, assim, colaboram enormemente para a sua construção. Nesse sentido, as ACS e suas mediações são uma tecnologia *de* e *para* o governo, atravessando corpos, famílias, instituições, burocracias e comunidades.

Deste modo, metáforas mais adequadas para a mediação implementada pela ACS não são as de "ponte", "elo de ligação", "filtro", "veículo" etc., mas as de "utensílio", "aparelho", "engrenagem", "artifício" etc. Dessa maneira deslocamos o campo semântico dos sujeitos e valores para a política e a prática de governo. ACS são *ferramentas políticas* que auxiliam no governo pretendido pela política de saúde da família. Ferramentas acionadas pela política por meio da naturalização da noção de comunidade e da associação entre pertencimento territorial e social. Ferramentas acionadas também pelas pacientes por meio da manipulação de necessidades e situações corporais para a gestão das circunstâncias e formas pelas quais se tornam objetos da política de saúde da família. São ainda ferramentas acionadas pelas demais profissionais por meio de seus usos enquanto reguladoras do trânsito de demandas e recursos entre os serviços e as populações. Mas as ACS são, em igual medida, *agentes políticos* da política de saúde da família. Uma vez que suas atuações lidam com uma margem considerável de imprevisibilidade e indeterminação, suas mediações são intrinsecamente formuladas a partir de suas criatividades e avaliações pessoais. Elas colaboram com o exercício do governo não apenas efetivando certos desempenhos, mas também os contextualizando, inventando, adaptando, acomodando, transformando etc.

Do ponto de vista do exercício do governo, a viabilização da política de saúde da família requer a criação de alvos específicos a partir da realidade dada e mutável constituída pelo fenômeno da população. Nesse sentido, seu primeiro desafio é a *construção da comunidade* enquanto conjunto de elementos que concede caráter localizado territorialmente para o fenômeno da população. O segundo desafio é a *construção da família* enquanto um feixe de elementos que articula práticas de governo direcionadas para níveis mais ou menos globais, mais ou menos particulares. O terceiro e final desafio é a *construção da paciente* enquanto indivíduo portador de determinadas características (físicas, políticas, valorativas etc.). As caminhadas das ACS são instrumentos privilegiados para o alcance de tais criações, colaborando para possibilitar diversas formas de intervenção e para torná-las mais precisas e detalhadas.

Mediações, vínculos e a fabricação do Estado

Há alguns anos Stove e Shaw (2012) fizeram um balanço da literatura sobre *brokerage* como um convite aos sociólogos para que valorizassem analiticamente esta categoria em suas investigações. Ao retomar os trabalhos de Georg Simmel, autor fundamental tanto para a Sociologia quanto para a Antropologia, recolocaram nesta oportunidade uma questão-chave na compreensão desse enfeixamento conceitual que contempla tipos sociais diversos, tais como: intermediários, mediadores, facilitadores, tradutores, intérpretes e com valorações sociais frequentemente evocadoras de suspeição. Referiam-se à singela, mas profícua, afirmação: a relação entre estruturas é o que cria oportunidades para *brokerage* e também as suas metas e procedimentos.

Embora possa parecer óbvio, considerar o *broker* como um terceiro elemento, nos termos de Simmel (1950), nos obriga a deslocar nosso olhar das mediações concretas que estão sendo

realizadas entre bens, posições sociais, valores, interesses e oportunidades; para, então, buscar as descontinuidades das redes sociais em meio às quais os mediadores se movimentam. Este é o esforço ao qual desejamos nos dedicar agora: buscar articular analiticamente o que Simmel chamaria de conteúdo e forma, ou seja, as práticas mapeadas e a natureza das lacunas a partir das quais as ACS veem diariamente tecendo laços. Claramente, tratamos de ponderar o olhar microssociológico próprio à sociologia simmeliana e à tradição etnográfica com a abrangente teoria foucaultiana sobre Estado, governo e poder. As redes de interações, posições sociais e descontinuidades observadas em campo foram ressignificadas como processos estatais e técnicas de governo e, por tal deslocamento, as chamadas intervenções ou políticas de governo puderam, assim esperamos, ser reconsideradas enquanto fabricação cotidiana do próprio Estado que, ao promover direitos e prestar serviços à população, faz-se presente modelando corpos (individuais e coletivos) e modos de vida – ao mesmo tempo em que tem seus procedimentos por esses transformados.

Se o marco da elaboração teórica etnográfica sobre mediadores e intermediários na Antropologia parece ter sido o das conexões entre comunidades locais e a comunidade nacional (WOLF, 2003), o que procuramos explorar neste trabalho foi outro tipo de laço. Inspirados e guiados pelo caminhar das ACS, mapeamos relações que vinculam cidadãos-usuários-pacientes a uma política governamental de saúde por meio da atuação de funcionárias que, embora com trânsito entre o mundo de vida local e o da burocracia do serviço de saúde, não operam privilegiadamente como mediadores culturais, mas como produtores de processos estatais vinculantes. Em outras palavras, as ACS ao caminharem produzem ligações de diferentes ordens (pessoais, institucionais, profissionais etc.), responsáveis por tornar as políticas de governo uma realidade *localizada*. Desta perspectiva, tratar-se-iam de conexões entre pacientes territorializados pela Estratégia Saúde da Família e os

profissionais de saúde por estes responsáveis, configurando-se, portanto, em terceiros (SIMMEL, 1950) operadores de interações sociais cuja atuação gestaria a existência do próprio Estado na vida cotidiana daquele território. Sob a égide da ampliação do direito à saúde, o caminhar das ACS atualiza metas políticas intencionadas pela ESF, mas também muitas outras interações não projetadas e igualmente importantes.

Muito mais do que mediações políticas, canais de comunicação ou tradução entre mundos, as ACS produzem *atos de engajamento* de pessoas e famílias enquanto parte das instâncias estatais. Parecem transformar, por tais procedimentos, potenciais processos de solidariedade e mobilização em *enredamentos burocráticos* nos quais a cidadania política própria à reivindicação e implementação de direitos se veria englobada pela operacionalização de serviços. Sem desconsiderar a relevância dos procedimentos para a efetivação da atenção à saúde, o que queremos destacar é que neste caso não se pode compreender a mediação em jogo se a considerarmos apenas nos termos de que há um sujeito (a ACS) cuja função é preencher as lacunas existentes entre os moradores de determinada "comunidade" e as médicas e enfermeiras que atendem no Centro de Saúde ao qual esses moradores estão referenciados. Por mais forte que seja a ênfase de que essa função deva ser preenchida por alguém oriundo da "comunidade" dada pela política de governo – daí denominar-se Agente Comunitária de Saúde.

Da perspectiva predominante entre os agentes da saúde pública e também nas ciências sociais, a ACS seria uma mediadora que guardaria relação de proximidade com um dos termos em relação, qual seja, a comunidade – mas também com a equipe profissional. Contudo, um deslocamento da consideração da pertença originária da ACS para a alocação de responsabilidade que sua função prescreve permite tornar mais complexa a rede de relações, compromissos e lealdades em questão. Afinal, as ACS são parte da administração diária de uma estratégia de

governo e, portanto, integram processos estatizantes num duplo sentido: *estado-organização* e *estado-ideia* (ABRAMS, 2006). Dito de outra forma, são as ACS que dão vida cotidianamente às duas dimensões constitutivas da formação sociológica que denominamos Estado: à sua existência enquanto configuração de ideias (com destaque, no caso, ao valor do direito universal à saúde e da estratégia de saúde da família como centrais ao "Estado Democrático de Direito" no Brasil); e, simultaneamente, à sua organização em uma rede de interações sociais, mais ou menos institucionalizadas e perenes (com suas caminhadas, visitas, cadastros, fichas etc.). Miradas por este ângulo, as ACS seriam mediadoras numa *configuração triádica enviesada para o estado* e não, como antecipado anteriormente, para a comunidade. Optando por abandonar a zona de conforto analítico que tomaria esta superposição de formas triádicas como ambiguidade posicional ou cooptação política, tais ponderações nos levaram a indagar sobre os vínculos criados pelos diferentes engajamentos encarnados e propiciados por nosso fio condutor: o caminhar das ACS. Nutríamos a esperança de por meio da materialidade das conexões lograrmos avançar na sua compreensão.

Assim, retomando os estudos clássicos sobre mediação na Antropologia, que têm nas relações políticas entre grupos sociais marcados por descontinuidades e na construção da nação o seu foco, observamos que o vínculo entre comunidade local e comunidade nacional apareceu etnograficamente profundamente enraizado em mecanismos de gestão precisos: pessoas, protocolos, deslocamentos, documentos, etc. Aqui não havia tanto que se produzir uma comunidade nacional imaginada (embora esta dimensão estivesse presente no ideal de que a saúde é direito de todos os brasileiros), ou de suprimir lacunas culturais (em que pese o texto da política de saúde da família assim o afirmar); mas, sim, de tecer o Estado na vida das pessoas em situações concretas num jogo de proximidade e distância próprio de sua forma de organização moderna: transcendente em seu simbolismo e intersticial em sua realização. Assim, ao

tecer o Estado na vida das pessoas, as ACS colaboram com a transformação das pacientes em sujeitos/objetos da política a partir do objetivo mais amplo de promover a vida e atuar na saúde – o que as qualificam diante de outros agentes estatais.

Mas, sobretudo, pudemos perceber que as fronteiras entre estruturas ou grupos sociais que o campo teórico da *brokerage* pressupõe talvez não operem bem nas margens difusas que as configurações ideológicas estatais procuram clarear e fixar. O discurso da política de saúde em foco, a ESF, afirma fronteiras entre Estado e sociedade, postula sua superação e apresenta as ACS como instrumentos de ligação necessários à efetiva realização da política. Se isto se pode verificar, e o fizemos aqui, na retórica consciente que orienta a atuação dos diferentes profissionais de saúde; o mesmo não se pode dizer ao olhar para os feitos e efeitos do caminhar das ACS.

Neste caminhar os riscos e incertezas pareciam transcorrer em outro tipo de lacuna. Referimo-nos às lacunas entre regras e práticas, ou seja, o que a letra do texto da política preconiza e o que seu desempenho cotidiano realiza. Observamos, ainda, que tal descontinuidade intrínseca à racionalidade do Estado era vivida como arbitrariedade (GUPTA, 2012) pouco compreensível pelos moradores, seja na alocação de algumas e não outras residências ao Centro de Saúde, no cálculo dos riscos, no estabelecimento de prioridades de atendimento e nas alegadas "falhas do sistema". Desta forma, queremos destacar que as classificações operadas pela lógica e pelos mecanismos da política de governo em foco trazem sempre certo grau de aleatoriedade (por exemplo, em suas definições de território, prioridades, procedimentos etc.) que, quando traduzida na vida cotidiana daqueles que são seus alvos, geram sofrimento e sentimento de injustiça e exclusão. Não estamos afirmando que as ACS eram insensíveis às aflições daqueles com quem interagiam, nos termos observados por Herzfeld (1993) em seus estudos na Grécia, integrando um processo de produção

social da indiferença próprio à teodiceia moderna dos Estados-Nação[67]. Mas, sim, que, apesar da intencionalidade das agentes, as lacunas e brechas se reproduzem por serem intrínsecas aos processos estatais e não apenas às estruturas sociais hierárquicas – embora, certamente, haja grupos sociais mais vulneráveis aos manejos arbitrários gerados por estas hierarquias, dentre os quais se encontram aqueles visitados pelas ACS.

Desta perspectiva, seriam *descontinuidades* imprescindíveis a uma forma de governo que tem na produção de documentos, classificações rígidas, intrínsecas e descontextualizadas um mecanismo-chave (leis, portarias, protocolos, registros etc.) para sua existência; mas, simultaneamente, requer que esses documentos se encarnem em rotinas da vida cotidiana daqueles definidos como alvos por meio de: práticas corporais prescritas de cuidados de si, de higiene e de manejo de medicamentos, reuniões e consultas no Centro de Saúde, preenchimento de protocolos etc. A eficácia de tal *metamorfose* depende de desempenhos diários dos profissionais de saúde que, dentro e fora dos estabelecimentos de serviços de saúde, arbitram caso a caso como devem operar as regras num duplo movimento: por um lado, tornam o Estado visível e presente, mas distante dos moradores; e, por outro, fazem com que estes, os moradores, se tornem legíveis nas regras e procedimentos estatais[68]. Atuar nessas margens em sua capilaridade mais aguda nos pareceu ser a atuação primordial das ACS; revelando-as enquanto sujeitos

67 Seja a referida indiferença entendida em qualquer dos seguintes aspectos: (1) a indiferença dos burocratas ao deslocarem a responsabilidade de realizar a atenção demandada para o "sistema" ou qualquer outra instância que os transcenderia; e (2) a indiferença oriunda do entendimento de que as regras e o padecimento por essas gerado são o mal necessário à inserção na cidadania e para usufruir dos direitos sociais. Para os interessados em aprofundar esta reflexão, além dos autores já citados, sugerimos Pussetti e Brazzabeni (2011).

68 Os interessados na literatura sobre documentos, conferir os trabalhos pioneiros de Peirano (1986) e Souza Lima (1995); e mais recentemente no contexto internacional Riles (2006) e Hull (2012).

por excelência de certa magia do Estado (DAS, 2004): aquela que reside nas rotas de ação nem sempre claras, mas potentes e reais em seus efeitos, dos dispositivos (pessoas, coisas, instituições, hierarquias etc.) de poder estatais sobre os rumos da vida dos que são envolvidos em suas redes e processos. Afinal, a intervenção política e a produção do Estado, como bem nos lembrou Gupta (2012), não têm lugar apenas nos altos escalões da burocracia de governo, mas ocorre em qualquer lugar em que os significados e as práticas de um programa estão sendo moldados pelos seus implementadores.

Referências

ABRAMS, P. Notes on the difficulty of studying the state. In: SHARMA, A.; GUPTA, A. (Ed). *The anthropology of the state:* a reader. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. p. 112-130.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde,* Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DAS, V. The signature of the State. In: DAS, V.; POOLE, D. (Ed.). *Anthropology in the margins of State*. Santa Fe: School of American Research Press, 2004.

DEAN, M. *Governmentality:* power and rule in modern society. London: SAGE Publications Ltd., 2010.

FOUCAULT, M. Aula de 1º de fevereiro de 1978. In: _____. *Segurança, território, população:* curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GAVALOTE, H. S. *et al*. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, 2011.

GUPTA, A. *Red Tape*. Durham; London: Duke University Press, 2012.

HERZFELD, M. *The social production of indifference:* exploring the symbolic roots of Western bureaucracy. Chicago: The Univ. of Chicago Press, 1993.

HULL, M. S. Documents and Bureaucracy. *Annual Review of Anthropology*, v. 41, p. 251-67, 2012.

LEMKE, T. The government of living beings: Michel Foucault. *Biopolitics: an advanced introduction.* New York; London: New York University Press, 2011.

LOTTA, G. S. Saberes Locais, Mediação e Cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde Sociedade*, São Paulo, n. 21, supl.1, p. 210-222, 2012.

NUNES, M. O. *et al.*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PEIRANO, M. "Sem lenço, sem documento": reflexões sobre cidadania no Brasil. *Estado e Sociedade*, Brasília, v. 1, p. 49-63, jun. 1986.

PEREIRA, D. N. *A saúde da família:* em Cuba e no Brasil. Curitiba: Appris, 2016.

PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica,* Lisboa, v. 15, n. 3, p. 467-478, out. 2011.

RILES, A. (Ed.). *Documents:* Artifacts of Modern Knowledge. Ann Arbor: The Univ. of Michigan Press, 2006.

SIMMEL, G. The triad. In: _____. *The Sociology of Georg Simmel*. Transl. Ed. KH Wolff. New York: Free Press, 1950.

SOUZA LIMA, A. C. *Um grande cerco de paz:* poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, A. C.; MACEDO E CASTRO, J. P. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). *Anthropológicas,* ano 19, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015.

STOVE, K.; SHAW, L. Brokerage. *Annual Review of Sociology,* v. 38, p. 139-58, 2012.

TEIXEIRA, C.; SOUZA LIMA, A. C. A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão? In: MARTINS, C. B.; DUARTE, L. F. D. (Org.*). Horizontes das ciências sociais no Brasil:* Antropologia. São Paulo: Anpocs. 2010.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; OLIVEIRA, F. A. de. A ambiguidade dos agentes comunitários de saúde: análise de uma experiência pioneira. In: CAROSO, C. (Org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina:* perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008.

WOLF, E. R. Aspectos das relações de grupos em uma sociedade complexa: México. In: FELDMAN-BIANCO, B.; LINS RIBEIRO, G. (Org.). *Antropologia e Poder:* contribuições de Eric R. Wolf. Brasília: Ed.UnB; Campinas: Ed.Unicamp, 2003.

CAPÍTULO 6
COMO TERCEIROS:
REFLEXÕES ENTRE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE NO ALTO TAPAJÓS (PA)

Cristina Dias da Silva

Na aldeia Munduruku onde realizei trabalho de campo[69], os primeiros Agentes Indígenas de Saúde (ainda sem a sigla que viria a denominá-los pela abreviação AIS) eram jovens lideranças em suas comunidades. Os anos de 1990 foram especialmente marcados pela mobilização de diversas lideranças Munduruku, incluindo os caciques, em torno da assistência à saúde, num movimento similar ao que já havia ocorrido na aldeia à época da construção da escola de ensino fundamental em meados dos anos 1980, e que viria a se tornar uma referência local para as aldeias próximas. A construção da escola possibilitou a formação de Agentes Indígenas de Saúde que, como egressos das turmas escolares, podiam candidatar-se a uma vaga (uma das condições formais é saber ler e escrever). Segundo os relatos de dois dos

69 Os dados etnográficos deste artigo se referem ao trabalho de campo realizado por ocasião da tese de doutorado, entre os anos de 2008 e 2009, numa das aldeias da Terra Indígena no Alto Rio Tapajós, também local de atuação e localização do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós. Para entender a logística de distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, ver Marques (2003), Athias e Machado (2001).

atuais Agentes Indígenas de Saúde, muitos parentes de sua geração haviam se mudado para aquela aldeia ainda crianças para frequentar a escola, e retornavam à aldeia dos pais durante as férias escolares. Assim, além desse dado nos apontar para a relação entre a constituição da política de educação e posterior inserção nos espaços da saúde, podemos afirmar que, ao longo da década de 2000, se consolida a criação de nova categoria institucional, cujo valor e sentido serão permanentemente disputados: os Agentes Indígenas de Saúde e, mais adiante, os Agentes Indígenas de Saneamento (TEIXEIRA, 2010; 2012). Ao mesmo tempo em que este processo se desenrolava na "área da saúde", as jovens lideranças foram se alternando em diversas funções agregadas: a microscopia, o curso de técnico em enfermagem, o magistério e os cargos políticos do município configuravam um horizonte de possibilidades para essas jovens lideranças na medida em que adquiriram os diplomas do ensino fundamental e acessaram cursos profissionalizantes e técnicos.

Não quero sugerir com isso uma noção de trajetória profissional entre os Munduruku. Mas, antes, perceber a sucessão de posições ocupadas pelas jovens lideranças, dentre as quais o papel de Agente Indígena de Saúde seria uma entre outras possíveis, permitindo-nos que pensemos essas pessoas como Agentes de Saúde num sentido mais amplo, isto é, atado a escolhas já produzidas por eles e suas famílias há algum tempo, participando de estratégias de elaboração do contato e dos conflitos com os profissionais de saúde – até porque a presença de profissionais de saúde remonta ao início dos anos 1970 com os postos da FUNAI, dentro de um modelo que ficou conhecido como EVS (Equipes Volantes de Saúde). Vale lembrar, ainda, que desde a instalação de Postos da FUNAI em aldeia (anos 1960 e 1970) e, posteriormente, das escolas (anos 1970 e 1980), os postos de saúde ainda não haviam se tornado um espaço político tão importante para mediar conflitos. É que o campo da saúde reascende, junto com a política nacional dos anos de 1980, como símbolo de direitos e cidadania. Esse contexto tem impacto nas políticas nacionais para a saúde indígena, conforme

podemos ver numa análise das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (TEIXEIRA; SILVA, 2013).

As escolhas feitas a partir das novas formações escolares entre os Munduruku não sugerem, portanto, linearidade biográfica. Tais escolhas sugerem, antes, que há uma profundidade histórica na qual o papel do Agente Indígena de Saúde está implicado, uma historicidade dos sujeitos que em algum momento se tornaram, coletivamente, Agentes Indígenas de Saúde. É importante destacar o aspecto da construção dessas possibilidades, de modo a que o marco institucional de criação da figura do Agente Indígena de Saúde, ocorrido nos anos 2000, seja visto como parte de um processo mais amplo de conflitos[70].

O objetivo destas páginas é pensar como a mediação atribuída aos Agentes Indígenas de Saúde é vivida. Dados etnográficos oriundos de um trabalho de campo de oito meses no Alto Rio Tapajós, divisa entre os Estados do Amazonas e do Pará, no extremo sudoeste do estado paraense, trazem à tona os aspectos cotidianos de um dos postos de saúde em uma aldeia Munduruku. Tais conexões podem nos ajudar a entender como a referida articulação ou mediação de saberes abstraída do plano dos embates diários é, em todo caso, um problema de natureza política, assim como a própria produção de conhecimento. Por isso, interessa contestar a distância produzida entre saber e fazer ou entre o que é dito e o que é feito, entre teoria e prática. Sugiro que a prática dos Agentes Indígenas de Saúde é, em todo caso, um saber politicamente disputado e cujos significados estão em permanente disputa. Este é o sentido de mediação que pretendo argumentar, com a ajuda teórica de Simmel (1950; 1955), na tentativa de contribuir para pensar o lugar de fala dos Agentes Indígenas de Saúde no Subsistema de Saúde Indígena brasileiro.

---

70 Conflito como possibilidade de sociação, complexa em seus aspectos interativos, é tributária do clássico texto de Simmel sobre o assunto (SIMMEL, 1955). Por isso, o conflito não nega as qualidades da interação, mas aumenta as redes e possibilidades de sociação.

Breve digressão na literatura sobre mediação e Agente Indígena de Saúde

Erthal (2003) Dias-Scopel (2005), Garnelo *et al.* (2009), Novo (2010), Diehl *et al.* (2012), Scopel *et al.* (2015), ao analisarem o papel do Agente Indígena de Saúde no contexto dos distritos sanitários, discutem a forma como o mesmo é considerado dentro da equipe de saúde. A partir de um papel geral de educador das comunidades, o sentido específico no qual este é concebido e vivido pelos profissionais de saúde seria a de um facilitador da entrada das populações indígenas no sistema oficial de saúde. Ainda, a concepção sobre o papel dos AIS corroboraria um perfil de assistente, além de paralelismo entre práticas terapêuticas culturalmente distintas. Se por um lado, há razão na afirmação de que o paralelismo em que ocorrem e se vivenciam as práticas terapêuticas permite vislumbrar a vitalidade das práticas indígenas – seus próprios itinerários terapêuticos –, não é menos verdade que o debate sobre o lugar de fala da agência indígena na saúde se estende ao cotidiano das relações entre agentes indígenas de saúde e profissionais da enfermagem. Nesse ponto, vale esclarecer que tal circuito de relações não é tributário de um sentido institucional, como se as derivações da norma fossem o objeto da análise. Antes, focamos as possibilidades de refletir sobre a conjunção de dois fenômenos distintos e reconhecidos na literatura antropológica: a administração pública (MACEDO E CASTRO; SOUZA LIMA, 2015; SOUZA LIMA, 2002b) e os itinerários terapêuticos (LOYOLA, 1984; ALVES; SOUZA 1999; CABRAL *et al.,* 2011).

Sem deixar de nos nortear pelo contexto etnográfico da saúde indígena entre os Munduruku no Alto tapajós (PA), cabe destacar que, em conformidade ao que a presente digressão aponta, os caciques costumam ser especificamente mencionados pelos profissionais de saúde como um recurso de mediação em torno do itinerário terapêutico a ser realizado, algo que descreve uma cena bastante comum e cotidiana: profissionais de saúde e

pacientes debatendo sobre determinado tratamento, internação, exames clínicos e/ou consultas na cidade. A literatura também reflete sobre o fato de que xamãs/pajés são importantes para mediar a composição em si do itinerário, contribuindo ativamente na orientação das pessoas a respeito de suas próprias doenças, a própria noção de itinerário terapêutico – tributário do debate seminal em Loyola (1984) – contribuiu sobremaneira para o debate antropológico sobre saúde indígena no Brasil (LANGDON, 1994; PONTES; REGO; GARNELO, 2015). Assim, proporia que a mediação dos Agentes Indígenas de Saúde pode não ser comparada ou comparável à dos caciques e xamãs, mas pode ser tomada como sendo outro tipo de mediação: a mediação exercida por um terceiro, e não por um árbitro. Esta é a discussão a ser qualificada no decorrer do artigo.

As hierarquias internas de uma equipe de saúde estão vinculadas à forma e organização de tarefas, ou seja, na prescrição de medicamentos, vacinas, administração dos programas de saúde e produção de relatórios quantitativos. Os profissionais da enfermagem não requerem mediação para essas atividades de administração, quando na verdade a realização dessas atividades – tomadas como técnicas – exclui possibilidades alternativas e diferenciadas sobre saúde e doença também. A diversidade cultural parece vivida como uma abstração (TEIXEIRA, 2012), como se fosse desprovida de uma lógica de fazer e saber-fazer. Assim, a lógica das práticas terapêuticas indígenas não é percebida como uma parte do processo de administrar os programas de saúde, mas como parte do processo de supervisionar o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde, administrando suas atividades. Por tal razão, creio que a literatura considerada tende a enfatizar em suas conclusões a respeito das equipes de saúde a noção de falta de "abertura" ou "sensibilidade" às práticas terapêuticas indígenas. Desafiar essa ideia não significa se lançar nas representações dos profissionais de saúde sobre "os indígenas com quem trabalham". Talvez, precisemos elaborar mais e melhor como as interações entre esses grupos se estabelecem, não a

partir de oposições gerais, mas a partir de frações. Em outras palavras, para pensar a saúde indígena como etnografia de uma política pública de saúde (inclusos o subsistema de saúde indígena e seus Distritos Sanitários Especiais Indígenas) as categorias institucionais não podem ser naturalizadas, mas devem ser tratadas como categorias nativas. Então, a pergunta não seria tanto saber se o Agente Indígena de Saúde consegue realizar a proposta de articulador ou mediador de saberes prevista no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAPSI) (BRASIL, 2002), mas perguntar como o Agente Indígena de Saúde se torna uma agência num conjunto de relações interétnicas. Como tal agência acontece talvez seja a pergunta capaz de gerar o potencial de estranhamento necessário para escapar à lógica dos fazedores e realizadores da política pública, que tendem a explicar os fracassos a partir da oposição teoria (boa) e prática (ruim).

Se assumirmos os profissionais da saúde indígena como "nativos", talvez possamos incrementar o argumento de que lhes falta sensibilidade – argumento elaborado por nós, antropólogo(a)s, e bastante comum às tentativas de compreender os conflitos entre profissionais de saúde e povos indígenas. Sobretudo, se considerarmos que as relações entre profissionais da saúde indígena e antropólogo(a)s têm sido marcadas por tensões, em geral reconhecidas amiúde nas diversas etnografias citadas, mas com pouco espaço para a reflexividade que mereceríamos, conforme discute Langdon (2004) em um artigo sobre a relação entre profissionais de saúde e antropólogos, numa coletânea sobre antropologia participativa[71] nos anos 2000; ou Smiljanic (2008) em um artigo sobre os conflitos entre os Yanomami e os profissionais de saúde e – mais recentemente – Cardoso (2014), ao analisar pontos equívocos da articulação de saberes na atual política de saúde indígena. Inspirada por tais inquietações

71 Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Organizado por Luiza Garnelo e Jean Langdon (2004).

e tendo realizado pesquisa sobre a interface entre a saúde indígena e o campo da enfermagem no Brasil, propus pensar as relações de cuidado como relações de poder (DIAS DA SILVA, 2014), na esteira das reflexões foucaultianas sobre cuidado como controle ou como tecnologia de controle[72]. Assim, buscamos uma contribuição mais direta dos estudos de Antropologia da política aos debates antropológicos em saúde indígena: a consideração e a relevância das diversidades internas entre os profissionais da saúde, não em termos de opinião expressa, mas em termos de um contexto complexo, sem reduzi-lo a uma oposição de saberes (e com ela, sua mediação e seus mediadores). Seríamos capazes de descrever como os habitantes próximos às aldeias indígenas (leia-se, a maioria dos profissionais de saúde) subvertem lógicas que são consideradas óbvias em termos de uma "sociedade envolvente" ou nacional? Considerando que sociedade envolvente ou sociedade nacional são metáforas que servem pouco a uma reflexão antropológica sobre quando saúde e política se entrelaçam, nos resta desconstruir a premissa cultural nossa de que agentes governamentais "representam o Estado" e assumirmos que o Estado não é um ente externo (ABRAMS, 1988), não se sobrepõe ao cotidiano, ele é o próprio cotidiano, as ações e as pessoas.

Seguindo o argumento desta digressão, é importante esclarecer que as diretrizes para a formação de Agentes Indígenas de Saúde[73] viriam a desembocar, nos anos seguintes à implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

72 É interessante notar que esta referência de cuidado é bem distinta daquela elaborada pelos profissionais da enfermagem, cuja inspiração na teologia da libertação pode ser, vez por outra, evidente. Mas também, o cuidado é refletido na enfermagem como conceito central de suas teorias científicas, na legitimação do conhecimento de enfermagem e foi crucial para a história da enfermagem como disciplina e profissão no Ocidente.

73 Fundação Nacional de Saúde. Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

(DSEI), em diversos Módulos de Educação Profissional do Agente Indígena de Saúde[74]. O componente adicionado aos programas de formação dos AIS – a atenção diferenciada – entrou no terreno das disputas de significado no campo da saúde como legitimadora de uma série de situações consideradas ambíguas, não somente quanto ao papel do AIS, mas sobre o cotidiano da assistência como um todo. Langdon *et al.* (2006) argumentam em torno de um progressivo deslizamento dos AIS no interior da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena para a função de técnicos de enfermagem. Considera-se, aqui, que estamos falando de situações nas quais a etnicidade é um dos elementos que constituem a possibilidade de mediação. Logo, o Agente Indígena de Saúde é um profissional de saúde, mas jamais devemos perder de vista de que esta figura se constitui como vértice de uma tríade onde apenas ele é, ao mesmo tempo, um agente da saúde pública e indígena. Para além do jogo das representações, penso que o manejo da diversidade cultural em termos políticos é o que nos importa aqui, ao pensarmos na mediação e no lugar de fala dos agentes indígenas de saúde.

Durante minha pesquisa de campo, a etnografia de reuniões das equipes multidisciplinares contribuiu para analisar esses eventos como críticos à análise da posição social ocupada pelos AIS no que tange aos processos decisórios[75] e até mesmo ao direito à palavra nesses espaços, o que estaria intimamente relacionado ao processo de controle social e mediação. Contudo, ponderando sobre as conclusões de Langdon *et al.* (2006), o

74 Atualmente, existem seis módulos de educação profissional para esses agentes. O módulo Introdutório recebe especial destaque por ser aquele que irá "introduzir o contexto das relações interculturais e suas implicações no processo saúde-doença e na mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos DSEI. O critério epidemiológico indica a escolha dos módulos subsequentes. As competências e habilidades previstas no processo de formação serão desenvolvidas ao longo destes seis módulos. " (BRASIL, 2005, p. 5, grifos meus).

75 Ver também Garnelo e Sampaio (2003) e Garnelo e Sampaio (2005).

esvaziamento do papel de mediação no universo investigado vai aos poucos se combinando com os limites encontrados pelos AIS no cotidiano de sua atuação "técnica", no qual ele deixa de ser mediador e torna-se um aprendiz inserido numa hierarquia que reformula o lugar de fala dos agentes indígenas de saúde. A ideia toda é que, na prática, tais agentes se constituem como ajudantes das enfermeiras na execução dos programas de saúde tradicionais (saúde materno-infantil, vacinas e controle de epidemias e endemias).

Desta perspectiva, as tentativas de produzir a mediação através do preenchimento de formulário têm se demonstrado uma estratégia pífia frente à posição residual que o Agente Indígena de Saúde tem ocupado no interior das equipes de saúde. Mas, por outro lado, podemos afirmar que é uma estratégia plenamente eficiente na tentativa constante dos profissionais de saúde de marcar distâncias sociais, utilizando a lógica de classificação escolar como suporte prático de suas atuações enquanto supervisores. Adiciona-se a isso o fato de que não haveria espaços de diálogo – institucionalmente fomentados – pelos quais os profissionais de saúde pudessem discutir a própria condição de produção dos dados dos formulários, algo que a organização dos serviços no interior do Subsistema providencialmente naturaliza. Não haveria espaço para que os Agentes Indígenas de Saúde questionassem ou formulassem intervenções na organização dos serviços de saúde, algo que seria fundamental ao estabelecimento de uma perspectiva mediadora. Estas ausências se devem, sugeriria, a um problema na formulação de um dever-ser pela política de saúde que produziu um papel, uma figura a quem atribuiu um poder de mediação que não tem correspondido à posição ocupada pelos Agentes Indígenas de Saúde no cotidiano das aldeias, pelo menos é o que meus dados indicam e que procurarei problematizar através do acompanhamento dos AIS em suas atividades diárias. Ainda valeria destacar que os Agentes Indígenas de Saúde são, certamente, valorizados pelas suas comunidades, mas enquanto representantes de um conhecimento biomédico de difícil acesso

por outras vias (acesso às formações universitárias). A legitimidade de seu trabalho não se reduz, absolutamente, por não corresponder ao dever-ser dos textos oficiais. Ao contrário, minha perspectiva é de que o agenciamento das comunidades sobre o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde tem sido uma alternativa coerente e condizente com suas expectativas em relação a essas novas categorias profissionais que têm sido oferecidas aos povos indígenas pelas políticas governamentais. Minha crítica, portanto, nada tem a ver com um questionamento da legitimidade do trabalho realizado pelos Agentes Indígenas de Saúde.

A ambiguidade do papel do Agente Indígena de Saúde surge, a meu ver, a partir da posição explicitamente secundária que a noção de diversidade cultural ocupa entre os profissionais de saúde, sobretudo se levarmos em consideração a forma como o processo cotidiano de administrar a saúde ganha vida. Podemos inferir, nesse sentido, que a alteridade se configura como um polo negativo da relação cuidar/administrar, pesando contra o respeito às diferenças os próprios métodos de organização dos serviços de saúde, cujos sentidos só podemos apreender através da contribuição específica que as categorias profissionais da enfermagem sugerem por "suas próprias ambiguidades historicamente" construídas no exercício da enfermagem (RIZZOTTO, 2008).

No aspecto da mediação dos saberes biomédicos e indígenas, entretanto, há mais do que ambiguidades. Como afirma Camargo (1997), a biomedicina é um saber repleto de contradições e, nesse sentido, não nos surpreende a constatação de que os atores sociais responsáveis tanto pelos saberes biomédicos como pelos saberes indígenas não estariam dispostos a trocar quaisquer saberes biomédicos. O(A)s médico(a)s e enfermeiro(a)s são especialmente alertas na tentativa de evitar que o(a)s agentes aprendam atividades que estariam impedidos de exercer. Por outro lado, xamãs/pajés, parteiras e benzedores também não demonstram se vincular às atividades dos Agentes Indígenas de Saúde nesse nível no qual os agentes indígenas

seriam aprendizes – pois não é assim que tais pessoas são escolhidas. Os xamãs/pajés, como já disse, possuem fundamental papel na mediação dos saberes, na medida em que integram politicamente, influenciam e, portanto, ajudam a construir itinerários terapêuticos dos Munduruku. Logo, as constantes tensões com a equipe de saúde não são simplesmente um índice para a presença ou ausência de adesão. A adesão aos tratamentos de saúde nunca foi um problema individual, e nessa medida, jamais poderia ser pensado a partir dessa lógica. O problema está em entender que diversidade de coisas e situações estamos chamando de mediação e o porquê. Assim como afirma Valle (2015), a mediação não deve ser pensada como um fenômeno autônomo ou um novo domínio de investigação. Entretanto, é preciso reconhecer a importância de refletir sobre a mediação "em situações de etnicidade" (2015, p. 9-10).

Se o agente indígena de saúde é somado ao contexto da saúde indígena como mediador cultural, tal mediação pode ser interpretada num sentido estrito, pautado pelo discurso de oposição sobre as noções divergentes sobre a causalidade das doenças (oposição entre biomedicina e xamanismo) – como se o objetivo da mediação fosse operar o desvio entre a teoria e a prática. O problema é que o conflito epistêmico começa muito antes, começa na história de formação das próprias enfermeiras; no modelo dos improvisos efetuados pelas técnicas de enfermagem em aldeia e que se constitui numa forma de prestígio social; em como a administração pública se organiza em torno do que privilegia como sendo – neste caso – "informações sobre saúde" e no modo como instrumentaliza esse conhecimento (SOUZA LIMA, 2002b).

Sempre considerei notável, por exemplo, como um pequeno repertório de meia-dúzia de vocábulos (que tratavam de sintomas específicos de dor) concedia ao profissional de saúde, com algum tempo de trabalho nas aldeias, a autoridade de que precisava para dispensar maiores participações do Agente

Indígena de Saúde no processo de tradução linguística. A tradução não era um aspecto consolidado nesses diálogos tensos e cotidianos entre profissionais da enfermagem e indígenas. Isto sugere que quando adentramos o cenário da saúde indígena e abordamos os dilemas da mediação de saberes, estamos olhando para os Agentes Indígenas de Saúde e tentando refletir sobre seus modos de agir, isto é, sua agência, seus fazeres. A hipótese de que tais agências jamais foram pensadas e nem vividas para facilitar o diálogo, mas para instituir terceiros – politicamente indispensáveis aos conflitos cotidianos –, seria uma importante chave de leitura alternativa à noção de que seu papel é simplesmente ambíguo.

Em que pese a problemática envolvida nas atribuições de cada um, a hierarquia é um aspecto evidente na consolidação das relações no interior das equipes de saúde[76]. Quando tomamos a profusão de situações ambíguas vividas pelos agentes indígenas de saúde sob um olhar mais atento, talvez seja oportuno sugerir que a produção sistemática de tal ambiguidade é homóloga a certas dicotomias que operam no campo da enfermagem – como aquela estabelecida entre cuidar e administrar (DIAS DA SILVA, 2014). Desse modo, sugeri que a prática dos Agentes Indígenas de Saúde comportaria um tipo de mediação (*tertius gaudens*) na qual *o conflito sobre sua identidade será permanente ou não será mediação*. Assim, entendemos como a política que instituiu a figura do Agente Indígena de Saúde foi fundamental para o fortalecimento de novos atores políticos no cenário nacional de

76 O trabalho de Víctora, Knauth e Oliveira (2008) é interessante ao demonstrar que o principal critério de avaliação usado pelos profissionais de saúde graduados – para classificar a competência técnica de duas agentes comunitárias de saúde no estudo de caso apresentado – não era, como se poderia imaginar, a destreza e habilidade específica para os conhecimentos biomédicos em si mesmos. Antes, a capacidade diferenciada que cada uma demonstrou ao laborar e manejar índices da distância social para com os outros membros da equipe de saúde era o principal diferencial que se entrelaçava ao argumento "técnico".

lideranças indígenas. Surge com o "Agente Indígena de Saúde" um tipo de agência indígena para atuar em nome da saúde indígena, sendo este sujeito confrontado ao mesmo tempo com a tipicidade do poder tutelar (SOUZA LIMA, 2014) e a tipicidade da hierarquia institucional na saúde pública, particularmente, no Subsistema de Saúde Indígena (DIAS DA SILVA, 2010).

Em vez de tentar entender o conflito como um problema finito, mas buscando entendê-lo como forma interativa, supomos que a mediação exercida pelo Agente Indígena de Saúde seria o ato de transformar-se, ele mesmo, num elemento de *ambivalência*, ocupando um terceiro lugar – *Tertius Gaudens*[77] – a partir dos dois tipos contraditórios de demanda que se coloca sobre ele: fazer o que seus parentes lhe desafiam a fazer como Agente Indígena de Saúde e, por outro lado – estar na condição permanente de supervisionado pela equipe de enfermagem.

Refletindo sobre dois tipos de mediação: o terceiro e o árbitro

A figura de um Agente Indígena de Saúde começou a ser construída politicamente a partir do início dos anos 1990 no Brasil. A década de 1980 havia sido marcada por iniciativas locais de Organizações Indígenas e Organizações Não Governamentais em favor de uma participação indígena efetiva na assistência à saúde (GARNELO, 2004; ERTHAL, 2003). Assim, a partir de 1991, diversos povos indígenas começam a participar de cursos de formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde,

77 É importante salientar que a expressão latina tertius gaudens é utilizada por Simmel (1950) para diferenciá-la da mediação exercida por um árbitro.

o PACS[78]. Não é exagero afirmar que os agentes de saúde são tributários da onda de mudanças na política de saúde nos anos 1980, sendo que uma delas era produzir relações efetivas entre profissionais de saúde e comunidades, subentendendo que a participação de um agente de saúde da comunidade, integrado às equipes médicas, era um braço da interlocução mais ampla com populações historicamente desassistidas no país. É nesse contexto de criação do Sistema Único de Saúde que o conceito de mediação surge como um denominador comum para as políticas sociais, sendo especialmente usado em contextos ensejados por diferenças sociais e/ou culturais.

A literatura aponta que a participação do Agente Comunitário de Saúde enfrentava dilemas em torno de sua mediação já nos anos de 1990. Existe uma profusão de trabalhos (VIANA; DAL POZ, 1998; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA; TELES, 2001; TRAD *et al.*, 2002) no campo da saúde pública que busca refletir sobre as diversas experiências de atuação dos agentes comunitários de saúde e que pontuam alguns tipos de ambiguidade. Interessante notar que essas ambiguidades se expressam através de uma variedade de dicotomias estabelecidas entre valores, modelos e conceitos que se opõem, tais como: demanda espontânea *versus* busca ativa, modelo de saúde hospitalocêntrico *versus* modelo de saúde comunitário, assistência emergencial *versus* prevenção/promoção da saúde, saberes biomédicos *versus* saberes populares/tradicionais, papel técnico *versus* papel político (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Todas essas cisões explicitam divisões há muito presentes no debate da saúde pública e que têm sido atualizadas em face da atuação dos agentes.

Nos estudos antropológicos sobre saúde indígena são frequentes as críticas com relação ao modo de inserção dos agentes indígenas de saúde nas equipes de saúde, principalmente pelas

78 Ver Silva e Dalmaso (2002) para um histórico da formação da política de saúde em torno do agente comunitário e Scott (2008) para uma leitura crítica das relações de poder dentro das equipes de saúde na qual a duplicidade da figura do agente comunitário de saúde é problematizada.

restrições e desconsiderações sofridas quanto ao processo de mediação entre saberes biomédicos[79] (CAMARGO, 1997) e saberes indígenas (GARNELO; WRIGHT, 2001; LANGDON *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2012; FERREIRA, 2013). Nota-se que chegamos a um paradoxo entre mediação e conflito, a partir do qual todo o conhecimento produzido é político ou não é conhecimento. Por tal razão, refletir sobre novas agências indígenas através do subsistema de saúde indígena torna-se um problema conceitual bastante pertinente.

Apesar dos Agentes Indígenas de Saúde não exercerem uma mediação do tipo árbitro, na medida que sua mediação se faz reconhecer como a de um *tertius gaudens,* é o duplo vínculo estabelecido com ambas as partes que o disputam (SIMMEL, 1950, p. 154) que nos interessa. Nessa condição, o mediador é um terceiro que age distintamente em relação às partes. Isto é, está engajado em ambas as partes da disputa, ao contrário do árbitro que, segundo Simmel, seria aquele reconhecido como "igualmente desengajado" de ambas as partes em disputa. A lógica do terceiro é inversa e avessa à da imparcialidade e a disputa entre as partes sobre a figura do terceiro é o que faria a mediação acontecer. A disputa pelo papel do AIS – como tento discutir neste artigo – é um problema típico e histórico da mediação em saúde, que se estabelece sempre a partir da criação de terceiros. Tal mediação é bem diferente da de um cenário em que a produção de mediadores-árbitros está presente, como se pode ver em disputas esportivas, disputas por entretenimento e, ainda, disputas familiares em que a hierarquia baseada no parentesco costuma ter papel de arbitração.

Ainda, portanto, que o Agente Indígena de Saúde não seja um árbitro dos conflitos na saúde indígena, sua presença terceira reflete a todo momento as duas partes engajadas que disputam seu papel, valor e julgam sua atuação em termos

79 Aqui as referências para entender que os saberes biomédicos são internamente plurais, conflituosos e contraditórios: Camargo (1997) e Lock e Nguyen (2010).

cotidianos. São comentários, fofocas, reclamações.... Todos avaliam e reavaliam o papel do agente indígena de saúde nos elementos mais comezinhos da vida cotidiana de um posto de saúde nas aldeias Munduruku do Alto Rio Tapajós. Disputar o papel do Agente Indígena de Saúde é reconhecer a disputa entre povos indígenas e profissionais de saúde num nível institucional e cotidiano – e, portanto, politicamente engajado. Ao pensarmos o mediador como um terceiro, os significados da mediação para um Agente Indígena de Saúde estão e permanecem em disputa.

Se – como aponta Simmel – o árbitro poderia ser pensado como um tipo de mediação derivada de uma relação de *imparcialidade socialmente construída* (não que o árbitro seja neutro, mas é como se fosse, seu reconhecimento social é este) entre duas partes, o mediador do tipo *tertius gaudens* nos aproxima bastante daquela situação das "demandas contraditórias" entre o que a comunidade e a equipe de saúde disputam o papel do Agente Indígena de Saúde e o significado de sua mediação. Essa dupla inserção carrega um significado mais extenso que o de ambiguidade, na medida em que pensar na posição do AIS como a de um terceiro significa, precisamente, a possibilidade de se vincular às partes que o disputam. Existe aqui, distintamente à arbitração, duplo vínculo que passa a ser declarado e assumido, uma dupla inserção que se explicita e se legitima através das outras duas partes engajadas numa permanente disputa pelo significado cotidiano de ser Agente Indígena de Saúde. Ao tomarmos a parcialidade como uma condição permanente e legítima, nossa análise tende a superar a ambiguidade como chave de leitura para a realidade desses mediadores. A ambiguidade seria, antes, consequência de uma produção social da indiferença (nos termos de HERZFELD, 1992), frente a uma clara demanda por espaço institucional. Essa confusão entre os dois tipos de mediação parece produzir no cenário da saúde indígena a prevalência da ideia de ambiguidade quando se problematiza o papel do Agente Indígena de Saúde. É com esta hipótese que seguimos em diálogo com a literatura para

ampliarmos a reflexão em torno dos mediadores da e na saúde indígena – ao menos desde a criação do Subsistema de Saúde Indígena em 2000.

O papel estratégico do Agente Indígena de Saúde na vinculação das práticas de saúde da biomedicina e das medicinas indígenas, tendência de pensamento traduzida na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas[80], tem sido analisado na literatura antropológica recente. Desde as etnografias realizadas por Garnelo (2003), Dias-Scopel (2005) entre Xokleng, Erthal (2003) entre os Tikuna no Alto Solimões, Novo (2010) entre os Kalapalo do Alto Xingu e Dias da Silva (2010) entre os Munduruku no Alto Tapajós, delineou-se um acúmulo de experiências sobre a figura do Agente Indígena de Saúde, principais problemas cotidianos, dilemas não reconhecidos e, em consequência, a ambiguidade de seu papel como mediador na assistência à saúde tornou-se uma questão.

Na maioria das vezes os profissionais de saúde são apontados como entraves ao desenrolar do papel de mediador dos agentes indígenas de saúde. Apesar disso, em tal contexto de disputa, notamos a incorporação do agente de saúde à hierarquia e à dinâmica social dos serviços de saúde. Os Agentes Indígenas de Saúde, como extensão historicamente associada ao surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto nacional, são mediadores terceiros. Se tomarmos apenas o plano normativo dos textos já podemos sugerir o porquê. Conforme a leitura dos manuais nos permite ver, os próprios módulos de formação para Agentes Indígenas de Saúde[81] estão amplamente calcados na hierarquia profissional biomédica, sendo o(a)s enfermeiro(a)s não

80 Dos nove termos de comprometimento geral adotados pelo documento como diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destaco "1) Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e 2) Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde" (BRASIL, 2002, p. 13).

81 Para consulta às proposições básicas da organização dos módulos de formação do AIS ver: Brasil (2005).

apenas a(o)s supervisore(a)s no plano cotidiano, mas também o(a) s professore(a)s dos mesmos AIS, com quem deveriam produzir uma interlocução igualitária de saberes. Assim, não se trata de perceber a prática como desvio, ao contrário, norma e prática nos remetem conjuntamente a essas hierarquias no campo da saúde. A ilusão criada ao opormos "teoria como abstração" à "prática como desvio da abstração" é uma das facetas do objetivismo que tentamos evitar (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2003).

Em que pese a problemática envolvida nas atribuições de cada um, a hierarquia é um aspecto evidente na consolidação das relações no interior das equipes de saúde. Assim, quando tomamos a profusão de situações "ambíguas" atribuídas aos agentes de saúde sob um olhar atento, vemos que sua origem recai em relações de poder constitutivas de um campo de ações e pessoas engajadas na saúde pública. Como um elemento que permeia todas as instâncias do cotidiano da saúde indígena, a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde tem sido vinculada à mediação como (1) a facilitação do acesso ao serviço de saúde; (2) facilitador para as demandas da política de saúde (metas, indicadores de saúde, redução de índices de mortalidade e doenças específicas) e (3) facilitador para as demandas da comunidade; (4) conflitos entre a demanda técnica na execução de tarefas como aplicar injeções, medir temperatura corporal, medir pressão arterial etc. e (5) demandas por representação política de sua comunidade (defesa de interesses coletivos e instrumentalização de direitos constitucionais).

Essa multiplicidade de definições não parece operar como ambiguidade no sentido da ausência, como se fosse uma grande dúvida que pairasse sobre como podemos encaixar o Agente Indígena de Saúde nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Gostaria de sugerir que a construção dessa quantidade de definições é perfeitamente plausível com a mediação do tipo terceiro, pois são essas possibilidades – construídas como indefinições na linguagem da política pública (SOUZA LIMA; MACEDO E CASTRO, 2008) – que permitem a mediação acontecer.

Considerações Finais

A abordagem simmeliana do conflito (SIMMEL, 1955) possibilita pensar a mediação como produtora de diferenças, e não como produto de diferenças apenas. Afinal, qual conflito os Agentes Indígenas de Saúde estão mediando? Eles estão arbitrando um jogo, um debate de termos definidos ou sua agência se constitui na terceiridade da tríade entre povos indígenas, profissionais de saúde e Agentes Indígenas de Saúde, cuja complexidade da agência está imiscuída numa série de outras pertenças simultâneas?

A mediação dos agentes indígenas de saúde foi relida criticamente à luz da relação com os profissionais da enfermagem, mediante o vínculo que, institucional e cotidianamente, tem se construído entre as duas categorias. Além disso, a associação das políticas sociais que deram origem aos Agentes Indígenas de Saúde, através do modelo dos agentes comunitários, surgido alguns anos antes, se estabelece entre os profissionais de saúde como uma continuidade dos eixos básicos do Programa de Saúde da Família aplicados ao Subsistema de Saúde Indígena. Ao mesmo tempo, sabemos que a expansão de categorias profissionais no campo da enfermagem é um processo histórico de longo prazo e que essa é uma chave de leitura para compreender a produção de ambiguidades no campo da saúde (DIAS DA SILVA, 2014).

Questionando a ambiguidade como chave de leitura para interpretar a realidade cotidiana dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas meu intuito foi o de explicitar que o próprio conceito de mediação não é autoevidente, tendo de ser referenciado contextualmente para ser compreendido. Os profissionais de saúde que, efetivamente, participavam do cotidiano da assistência em saúde indígena eram oriundos de segmentos populares, camponeses, ribeirinhos, urbanos, entre outros. Eram formados em enfermagem, em nível universitário e/ou técnico, mas nem por isso comungavam de uma visão

individualista sobre o processo saúde/doença como seria de praxe afirmar sobre formações disciplinares biomédicas. Sendo assim, propusemos expandir o horizonte no qual os conflitos em saúde indígena estavam sendo formulados.

A percepção de que o Estado não é um ente externo (ABRAMS, 1988), apesar de não ter sido tratada no âmbito deste texto, foi um ponto de partida para compreender essa complexidade nas ações dos sujeitos engajados na oferta de assistência aos povos indígenas. Se o Estado não existe acima ou fora das práticas políticas, foi assim que buscamos olhar para o Subsistema de Saúde Indígena. Enquanto práticas cotidianas, revelou-se que a hierarquia de valores operante entre os sujeitos categorizava os profissionais da biomedicina como detentores de um conhecimento nem sempre eficaz, nos termos dos próprios profissionais de saúde, mas certamente valorizado e vivido como aporte para o processo de tomada de decisões.

Os deslizamentos de sentido sobre o uso de medicamentos, por exemplo, não partiam somente dos Munduruku, mas dos próprios profissionais "representantes da biomedicina". É nesse sentido, primordialmente, que chamamos atenção para a inflexibilidade e o caráter ilusório da oposição conceitual entre biomedicina e medicinas indígenas ou da oposição metodológica entre teoria e prática. Na verdade, procuramos demonstrar que o dualismo é justamente a leitura preferencial de um ponto de vista classicamente biomédico, baseado no velho e surrado fisicalismo, que corremos o risco de reproduzir ao analisar a prática dos mediadores na saúde. Mas, se as ações cotidianas desvelaram mecanismos de autoritarismo e exclusão das agências indígenas, esse não era um cenário movido tão somente pela "ignorância" sobre as teorias Munduruku em torno da causalidade das doenças. Vale notar, portanto, que as práticas mais comuns entre enfermeiras e técnicas de enfermagem eram a *valorização e explicitação de suas experiências entre os Munduruku*, vivendo nas aldeias por longos períodos e

anunciando um saber-fazer que as diferenciava socialmente dos seus pares profissionais que atuavam na cidade. Como não reconhecer esse aspecto como um dilema para refletir sobre a saúde indígena?

Voltando nosso olhar para esse grupo de profissionais nos damos conta de que os conflitos na saúde indígena envolvem pessoas em situações cotidianas nas quais se reproduzem formas de poder institucionalmente reconhecidas, mas também relações sociais históricas de longo prazo. Assim, o esquema mental que orientava a valorização da experiência na saúde indígena era o mesmo que, em outros momentos, deixava entrever a desconsideração e desrespeito por tais concepções outras de cura, cuidado e saúde.

Outro ponto importante a ser salientado é que a lógica tutelar no contexto da saúde indígena deve ser relacionada tanto ao histórico de formação de profissionais da enfermagem quanto ao processo de construção do indigenismo no Brasil. Nas conclusões que elaborei na tese de doutorado sobre os profissionais da saúde indígena, chamo atenção para o paralelismo entre o cenário de cuidados da saúde indígena no formato distrital e como subsistema vinculado ao SUS e a tutela como forma de poder (SOUZA LIMA, 1994). Tutela e cuidado, como categorias nativas próximas gramatical e historicamente, são fundantes de relações de poder igualmente similares. Seria possível imaginar que uma reforça a outra? Isto é, que ao serem combinadas, poder tutelar e relações de cuidado reforçam as conhecidas estratégias de desconsideração do outro na saúde indígena? O que significa a benevolência das atitudes de cuidar, salvar, resgatar e amparar enquanto uma política pública? A política de saúde indígena é tanto tributária de um debate sobre o indigenismo quanto da saúde pública, na medida em que ambos se projetam como discursos de construção da nação.

Além disso, a lógica de tutelar o outro se imiscui facilmente com certas práticas de cuidado sustentada pelo(a)s enfermeiro(a)

s que, especificamente, naturalizavam a "ignorância" do outro sobre a causalidade das doenças como a de um "paciente típico" cuja única *diferença* é a de ser biologicamente "mais vulnerável" a certos tipos de doenças. Assim, sugerimos que a construção social da indiferença sobre os modelos de reabilitação e cura indígena estariam ocorrendo pela via estrita de uma diferença entendida como irredutível – sendo a vulnerabilidade física um aporte perfeito ao esquema cultural biomédico (GOOD; GOOD,1993).

Por fim, a contribuição de Simmel (1950; 1955) neste artigo foi sugerir que mediações possuem diferentes naturezas – a depender das posições dos sujeitos vinculados, da historicidade do conflito e dos esquemas de reputação em jogo – não podendo ser a mediação uma ideia autoevidente. Afinal, a mediação é uma categoria nativa e antropológica ao mesmo tempo, tendo sido esta uma tentativa de alinhavar uma pluralidade de contextos de significados. Se pudermos pensar a mediação exercida pelos Agentes Indígena de Saúde como a mediação exercida por um terceiro, em vez da noção arbitral de mediação, teremos talvez apontado para uma nova possibilidade conceitual no debate antropológico sobre as políticas de saúde indígena no Brasil no que se refere à mediação e conflito de saberes.

Referências

ABRAMS, P. Notes on the difficulty of studying the State. *Journal of Historical Sociology,* v. 1, n. 1, 1988.

ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: ALVES, Paulo *et al*. *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Formação inicial para agentes indígenas de saúde*: módulo introdutório. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005. 50p.

CABRAL, Ana L. L. V *et al*. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMARGO, K. R. A Biomedicina. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *Sobre o pensamento antropológico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

DIAS da SILVA, C. *Cotidiano, Saúde e Política:* uma etnografia dos profissionais da saúde indígena. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

DIAS da SILVA, C. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde indígena em perspectiva:* explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

DIAS-SCOPEL, R. P. *O Agente Indígena de Saúde XOKLENG:* O mediador entre a comunidade indígena e os serviços de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 28, n. 5, 2012.

ERTHAL, R. M. C. A formação do Agente Indígena de Saúde Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist. cienc. saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, mar. 2013.

GARNELO, Luiza *et al*. Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trab. educ. saúde* [online], v. 7, n. 2, 2009.

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, 2004. 29p.

GARNELO, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade:* saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GARNELO, M. L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.

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.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

GOOD, B.; GOOD, M-J. Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDENBAUM, S; LOCK, M. (Ed.) *Knowledge, power and practice.* Berkeley; Los Angeles; New York: University of California Press, 1993.

HERZFELD, M. *The Social Production of indifference*: exploring the symbolic roots of western bureaucracy. Chicago; London: The University of Chicago Press, 1992.

LANGDON, E. J. *et al.* A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Públic*a, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.) *Saúde dos povos indígenas:* reflexões sobre Antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, 2004.

LANGDON, E. J. 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: Contra Capa: ABA, 2004.

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LOCK, M.; NGUYEN, V-K. *An Anthropology of Biomedicine.* Malden; Oxford; West-Sussex: Wiley-Blackwell Publishing, 2010.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros.* Conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

MACEDO E CASTRO; J. P.; SOUZA LIMA, A.C. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). *Revista Anthropológicas*, v. 26, p. 17-54-54, 2015.

MARQUES, I. S. F. *A política de atenção à saúde indígena:* a implantação do Dsei de Cuiabá-MT. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

NOVO, M. P. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.

NUNES, M. O. *et al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública,* v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n.3, p. 303-311, 2001.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 20, n. 10, 2015.

RIZZOTTO, M. L. F. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB Editora, 2008.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; LANGDON, Esther Jean. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2559-2568, dez. 2015 .

SCOTT, R. P. Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF). In: CAROSO, C. (Org.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde*: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SIMMEL, G. *The Sociology of Georg Simmel.* WOLFF, K. (Ed.) New York: The Free Press; London: Collier-Macmillan Limited, 1950.

SIMMEL, G. *Conflict and the web of group-affiliations.* Tradução: Kurt Wolff e Reinhard Bendix. New York: The Free Press, 1955.

SMILJANIC, M. I. *Da observação à participação*: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami. Brasília: DAN/UNB, 2008. (Série Antropologia, 417).

SOUZA LIMA, A. C. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Luiza. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva:* explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUZA LIMA, A. C. Diversidade cultural e política indigenista no Brasil. *Tellus*, Campo Grande, ano 2, n. 3, p. 11-31, out. 2002.

SOUZA LIMA, A. C de. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e dialogo. In: _____. (Org.) *Gestar e Gerir:* estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Núcleo de Antropologia Política UFRJ, 2002b.

SOUZA LIMA, A. C. *Um grande cerco de paz:* poder tutelar, indianidade e formação do estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, A. C; MACEDO E CASTRO, J. P. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O.; SANSONE, L. (Org.) *Raça:* novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia/EDUFBA, 2008.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 965-974, 2008.

TEIXEIRA, C. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista de Antropologia,* São Paulo, v. 55, n. 2, p. 1-37, 2012.

TEIXEIRA, C. C.; SILVA, C. D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, p. 35-57, 2013.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. de M.e NUNES, M. O. Ethnography study about user satisfaction of Family Health Program in Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

VALLE, C. G. do. Apresentação – etnicidade e mediação como política e cultura. In: VALLE, C. G. do (Org.) *Etnicidade e mediação.* São Paulo: Annablume, 2015.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, v. 8, n. 2, p.11-48, 1998.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D.; OLIVEIRA, F.A. A ambiguidade dos agentes comunitários de saúde: análise de uma experiência pioneira. In: CAROSO, C. (Org.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina*. Salvador: UDUFBA, 2008.

CAPÍTULO 7
"TAMO JUNTO" – MEDIAÇÕES LEIGAS NA AJUDA MÚTUA ENTRE "ADICTOS"

Rosa Virgínia Melo

Fronteiras do sujeito no grupo de ajuda mútua

O objetivo geral do texto consiste na análise dos termos acionados na mediação de sentidos construídos entre uma considerada "doença" e seu portador, nas salas de ajuda mútua que atendem ao público interessado e também à comunidade terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, no Distrito Federal. As salas dividem-se em NATA – Núcleo de Apoio à Toxicômanos e Alcoolistas (duas salas) e NAFTA – Núcleo de Apoio aos Familiares de "Toxicômanos"[82] (quatro salas).

82 Por razões de delimitação da discussão, fica de fora deste texto a abordagem direta das quatro salas dos familiares dos "adictos". Os familiares são tratados como "codependentes", a quem se dirige a acusação de "facilitar" o problema do "adicto". O termo, baseado num suposto vício em pessoas, surge como noção em 1951, no grupo de ajuda mútua para familiares de alcoólatras que frequentavam o A. A., o Al-Anon. Críticos apontam os fundamentos do termo como reposições da culpabilização feminina, ao atribuir ao comportamento feminino tradicional excessos permissivos que "facilitam" o desenvolvimento da "doença" e desconsiderar o contexto social, cultural e econômico gerador das desigualdades de gênero. Ver Schrager (1993) e Giddens (1991).

Proponho a observação de alguns elementos das narrativas de vida ou "partilhas" dos nomeados "adictos" que frequentam as "salas[83]", priorizando o modo como a noção de "adicção" ou "doença" opera como um aprendizado que age na elaboração e fixação de uma realidade caracterizada por ruptura e sofrimento e situada no trânsito entre as dimensões individual e relacional. Opto por não adotar uma definição prévia do fenômeno decorrente de um uso específico de substâncias psicoativas reputado como problemático e sim por compreender o modo de configurar e lidar com a questão a partir de um grupo cujo tratamento terapêutico aloja no sujeito três aspectos estruturantes da categoria em análise: a acusação, a aceitação e a transformação.

Enveredo por uma discussão que não oportuniza a dimensão da transgressão e do sofrimento dos narradores em seus aspectos idiossincráticos e sim como surgem nas "partilhas". Nesse contexto narrativo, observo como surgem relatos de "uso de drogas" como detonador de perturbações pessoais e de um quadro difuso de rupturas com vínculos e expectativas familiares e sociais, com consequências mais ou menos dramáticas.

A formulação do modelo de "doença" lança mão de discursos variados entre a biologia, a metafísica e a moral para produção da realidade negativamente considerada que engloba a existência dos sujeitos, mas que pode ser contida através de signos detonadores de uma pragmática de "transformação do estilo de vida". Nesse sentido, a recuperação daqueles acometidos pela "doença" tem como espelho valores hegemônicos da sociedade, o que não significa proximidade real com tais poderes, uma vez que o arcabouço do pensamento local situa o sujeito nas margens dos recursos considerados adequados para a existência social.

---

83 Como são chamadas internamente, ou "salas de grupo".

O objetivo precípuo da reflexão é um debruçar-se sobre as duas salas do NATA como *locus* de propagação de experiências dos "dependentes em recuperação", pensados como agentes mediadores leigos do tratamento inspirado em Alcoólicos Anônimos, nas salas do NATA. Principal capital simbólico do método, aqueles que se encontram "limpos" exercem a difusão do método de regulação do comportamento através da palavra e do exemplo aderidos aos sentidos e práticas inspiradas em ordens morais familiar e religiosamente assentadas. A agência mediadora desses atores sociais recorre a uma intensa experiência em espaços de uso e de recuperação, em contraste com a formação profissional dos cuidadores psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais que atuam nos aparelhos de saúde. A diferença entre a agência mediadora leiga e profissional no campo do tratamento das adicções não será abordada no presente, mas é uma temática importante para uma melhor compreensão das diferentes ofertas de cuidado no campo da saúde mental.

O foco nos valores imantados na linguagem das narrativas apresentadas nas "partilhas" visa também fornecer pistas a uma teorização das dinâmicas subjetivas e intersubjetivas efetuadas nos grupos de ajuda mútua, como são conhecidos os grupos de tratamento para sujeitos considerados compulsivos, cuja dinâmica de interações discursivas está baseada nos 12 Passos originados nos Alcoólicos Anônimos (A. A.). A metodologia é polêmica nos meios científicos, mas de utilização crescente em várias modalidades de regulações do comportamento (FERREIRA, 2012; 2013).

Acredito não estar restrita ao sentido funcionalista do tratamento da "adicção", uma vez que leio as mediações de agentes não profissionais na dinâmica da ajuda mútua enquanto operações inspiradas em valores cristãos na construção de um certo "estilo de vida", cujo mecanismo de produção relaciona-se à mudança, linguagem e individualismo (ROBBINS, 2014).

O viés analítico interroga as afinidades eletivas entre o método de tratamento e os sujeitos que o seguem, através da identificação de relações entre os elementos valorizados no método e o *ethos* da clientela preferencial, cuja sensibilidade religiosa conjuga preceitos de regulação moral do sujeito integrados aos laços familiares. O aporte da perspectiva de análise adotada está no entendimento de condições prévias da vida social, ou seja, valores em comum do pensar e agir que guiam a vida coletiva e que tornam possíveis a adesão à produção de um certo ideal por parte dos membros do grupo (DURKHEIM, 1996). Tais condições estão referidas a valores axiomáticos que habitam as consciências individuais intensificados em momentos de crise (WEISS, 2013) e que possibilitam a identificação do sujeito com tais linhas mestras do projeto de tratamento. Sabemos como, em Durkheim (1996), a discussão do sagrado dá-se sob a forma de ideais que conferem autoridade moral a noções impregnadas de emotividade, o que pode levar à abstração de efeitos úteis ou nocivos. Alcance e limite de produção dessa realidade para as diferentes subjetividades não serão aqui avaliados por motivos do recorte na compreensão da produção dos efeitos rituais na produção de um ideal entre aqueles que aderem ao discurso.

Vista como condição crônica, biológica, espiritual e moral intrínseca, a adicção pode ser controlada dentro do próprio sujeito[84], através da prática diária da "abstinência" com vistas à "sobriedade". O alcance dessas metas dependeria da vontade individual no combate aos aspectos indesejáveis da personalidade do sujeito.

A discussão em tela dialoga com um outro momento da lógica do higienismo mental nas cidades do século XIX, que projetou a noção de doença como representação do abuso de substâncias, pensamento este catapultado por uma conjunção

84 Diferentemente do bruxo Azande, o "adicto", uma vez assumida tal identidade, não retoma normalmente a vida anterior, pois a marca da adicção não é relevada no curso ordinário da vida.

de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esse conceito (BERRIDGE, 1994). Nesse sentido, a noção de doença está vinculada ao caráter das relações sociais que se modernizam sob firme associação entre saúde e moral, identificada na experiência que os homens têm em conjunto com o meio (BERRIDGE, 1994, p. 56).

O modelo do projeto terapêutico em tela é inspirado no método dos Alcoólicos Anônimos, analisado em diversos estudos como expressão de uma visão de mundo individualista (LEVINE, 1978; BERRIDGE, 1994; REIS, 2007), promotor do cuidar de si para lidar com o problema do uso compulsivo de álcool. A atualização da categoria em análise, no interior de entidade privada de sensibilidade católica, recorre à noção de "autoconhecimento" divinamente imantado, produzida por conhecimentos leigos em articulação com saberes científicos e populares onde é o indivíduo a unidade principal do processo de tratamento, em consonância com a construção cristã do valor da interioridade ou individualidade (DUMONT, 2000). Tal noção, segundo Weber, nos remete a uma construção social da ideia de interioridade, uma vez que esta não se assenta sobre as mesmas configurações nos diversos contextos em que é produzida (WEBER, 2004, p. 206).

O recurso ao "autoconhecimento", histórica e culturalmente inspirado, fornece as fronteiras da "adicção ativa" ou "passiva", operações mediadoras entre "usar" e "estar limpo", atuadas nas "partilhas" entre os pares, que ecoam narrativas recalcitrantes de sofrimento e autoacusação, bem como de esperança e superação no interior das salas de ajuda mútua. Sob o primado da perspectiva autorreferida do "eu" que intenta conhecer a si mesmo, não se verificam considerações aos aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos que incidem no fenômeno de abuso de substâncias. Tampouco vêm à cena menções a outros métodos de tratamento ao considerado uso problemático de drogas.

A abordagem que defendo acerca da fronteira da noção nativa de "autoconhecimento" é, juntamente com a de "doença", dimensionada como dado de pesquisa para a tradução antropológica, não como objeto de defesa política baseada no julgamento de sua propriedade psicológica ou científica. Essa perspectiva metodológica de uma temática envolvida em disputas políticas não é ingênua e aposta na tensão indissolúvel do lugar de fala onde as posturas política e ética não correspondem a refutar, glosar ou instruir a postura nativa, e sim "levá-la a sério", para a condução de uma análise antropológica que almeja explorar os efeitos entre "eles", nativos e entre "nós", antropólogos (GOLDMAN, 2014). Dessa forma, situo a "doença" como uma categoria em disputa, observada sob prisma deslocado do primado da subjetividade moderno-contemporânea, bem como do valor da "autonomia", sem contudo rejeitar tais perspectivas, essenciais para o contraponto dos regimes de verdade do grupo em estudo.

O contexto político do grupo de ajuda mútua

A oferta de serviços terapêuticos leigos das "salas", ou "salas de grupo", são abertas ao público que, exceto os residentes da Comunidade Terapêutica e seus familiares, em geral chega via recomendação de terceiros que conhecem o local, posto que a propaganda é boca a boca, "pelo exemplo", como dizem. As reuniões acontecem em um anexo da Paróquia da Igreja Santa Cruz/Santa Edwirges, na Asa Sul do Plano Piloto de Brasília, às segundas-feiras no horário de 19h30 às 21h30.

A Fazenda do Senhor Jesus no Distrito Federal existe há 30 anos e segue o modelo da Fazenda homônima de Campinas/SP, fundada em 1978 pelo Padre Haroldo Rahm, que iniciou no Brasil o movimento "Amor Exigente", versão do livro "Tough Love", publicado em 1968 nos EUA. Destinado à "colocação de limites", o "Amor Exigente" pode ser interpretado como uma

leitura rigorosa e religiosa da tendência contemporânea a uma racionalização da autoridade dos papéis familiares (LASCH, 1991). Espécie de braço secular da igreja católica, a C.T. possui uma diretoria composta em sua maioria por familiares de classe média cujas vidas foram atingidas pela "doença do ente querido" e voluntários "em recuperação". Os membros da diretoria estão associados à mantenedora da C. T., a SERVOS – Sociedade de Empenho na Recuperação de Vidas formada por 18 pessoas, e que se envolveram devido à "necessidade", segundo eles mesmos. A participação da diretoria nas "salas" não foi observada para além da participação de três membros como condutores de reuniões nas salas das famílias (NAFTA), espaços onde a metodologia do tratamento discorda em vários pontos daquela operante no NATA, por seguir uma outra cartilha, a do Amor Exigente[85].

A classificação de uma entidade de tratamento para "dependentes químicos" enquanto comunidade terapêutica é uma discussão complexa devido à heterogeneidade das experiências que adentram a designação[86]. Formalmente, uma comunidade terapêutica não conforma serviço religioso, tampouco serviço de saúde, mas de educação que, desde 2011 foi, em nível federal, englobada pelo campo da saúde em cenário efervescente de disputas por legitimidade de atuação no espaço público. Em tal cenário, parâmetros metodológicos heterogêneos de construção da pessoa em situação social deteriorada abordam de modo divergente o valor da vida que deve ser vivida. A temática da diversidade de modelos de tratamento do abuso de drogas no Sistema Único de Saúde não é objeto da presente discussão, mas incide sobre o contexto pesquisado, aquele do conhecimento

85 Interessante refletir sobre a relação entre a participação de familiares nas salas do NAFTA e diretoria da C. T., bem como das duas metodologias, os 12 Passos dos A. A. e o Amor Exigente. Agradeço ao parecerista essa sugestão, contudo, o NATA segue os 12 Passos e a reflexão sobre o AE e as salas dos familiares não será abordada no presente texto.

86 Não há pesquisas que deem conta dessa problemática.

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

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

Se o cenário empírico carrega um contexto de disputas acerca das ações e agentes legítimos na saúde, não devemos esquecer que o privilégio concedido às religiosidades cristãs no tratamento da "dependência química" contempla a história de

sua associação com a medicina oficial e o projeto de construção do Estado Nação, desde meados do século XIX no Brasil (MONTERO, 1985). A sinergia moral entre cristianismo e Estado é historicamente compreensível, entre outros aspectos, pela preocupação instituinte com a corporeidade e a moralidade por parte do cristianismo (DUARTE; GIUMBELLI, 1995), bem como a ênfase quanto à interioridade na visão de mundo cristã, a qual Louis Dumont entende como gênese do individualismo moderno (DUMONT, 2000). É importante frisar que não se trata de correlacionar a reforma moral na CT com o individualismo dumontiano, mas com elementos embrionários da cosmologia moderna.

O contexto político atual que reconhece formalmente e financia atividades empreendidas sob o cunho de sensibilidades religiosas no cuidado daqueles considerados adoecidos em decorrência do abuso de substâncias psicoativas, parece admitir a diferença de sentidos atribuídos à existência humana no mundo e traz à discussão os modos de equacionamento dessa diferença. De modo tangencial, a análise que proponho interroga as fronteiras dos fundamentos da construção moderna da ordem pública que se constitui idealmente separada da ordem privada (DIAS DUARTE, 2006; GIUMBELLI, 2014).

Aprendendo a partilhar

Assim como os parentes do residente da comunidade terapêutica, eu, se quisesse conhecer a Fazenda do Senhor Jesus, teria que ter uma frequência regular no grupo de ajuda mútua, para aprender as regras locais e não atrapalhar o tratamento, ou seja, para ser socializada no idioma local. Tal medida revelou-se fundamental para a compreensão do projeto terapêutico, e proporcionou uma aceitação de minha presença na CT. Além de cumprir o protocolo ao frequentar "as salas", pude acompanhar expectativas e dificuldades de alguns sujeitos que queriam

entrar, já tinham saído ou estavam internados na Fazenda, bem como expectativas e reações dos familiares.

Aqueles que desejam internar-se devem participar de pelo menos quatro encontros na "sala da triagem", a sala dos "usuários" do NATA. A "triagem" representa o primeiro desafio disciplinar e serve como etapa eliminatória dos candidatos à "residência" na Fazenda do Senhor Jesus. Há uma "fila de espera", jocosamente chamada de "teste" para o candidato, e também há casos daqueles que são julgados como fora do "perfil" de CT. Nesses casos, é indicado a frequência na "triagem" aliada a outros grupos de ajuda mútua baseados nos 12 Passos[87], como suficiente para a conquista da "sobriedade", o que sublinha a eficácia atribuída à dinâmica das "salas", baseada na "partilha" (DULLO, 2014).

Contudo, tal eficácia parece condicionada a certas disposições do sujeito, anteriores ao tratamento. Antes do início das reuniões, em conversa de corredor com um residente em segunda "visita terapêutica"[88], comentei que o perfil dos usuários de crack na CT é diferente do pessoal que vemos na TV. Ele imediatamente disse, "Ah eu sei, esse pessoal tá na rua, é só ir na rodoviária que você vai ver. Aqui a gente ainda tem alguma coisa, pede ajuda para a família". Numa segunda oportunidade, abordei o tema com um voluntário que conduz reuniões na sala dos familiares de usuários, que se pronunciou da seguinte forma:

> A CT tem que ter cuidado com quem está colocando dentro, por isso a triagem, não é que eles discriminem, mas tem que ter esse cuidado. De fato eles não trabalham com o pessoal de rua, tem aqueles que vão para a rua por causa da droga.

87 Frequentar diversos grupos de tratamento de "adicção química" e outras adicções é prática comum.

88 Quando o residente sai da CT durante o final de semana. Ocorre três vezes entre o sexto e o nono mês de internação.

Essa distinção entre o perfil atendido nas "salas" e o pessoal da "rua" corresponde à situação socioeconômica geral dos sujeitos da pesquisa, pois, se a grande maioria se encontra excluída de níveis superiores de educação formal, tiveram acesso ao aprendizado de habilidades técnicas e profissionais conducentes a um ofício, portanto munidos de condições pré-reflexivas propícias à aquisição do capital social que os dotam de meios conducentes à empregabilidade.

A socialização primária vivenciada no círculo familiar é percebida como experiência relevante à adequação do sujeito ao método. Tais condições, como veremos, são cruciais às elaborações pedagógicas da proposta de recuperação. Quanto às afinidades eletivas dos candidatos a tratamento, mais pesquisa é necessária para uma discussão perpassada pelos seguintes tópicos: 1) das razões elencadas para a não internação; 2) como os determinantes familiares operam na eleição da internação, sobretudo as súplicas maternas; 3) implicações da relação que os usuários do programa entretecem com a religião, se de conversão ou de uso seletivo de modos de pensamento e ação, ambos observados em campo.

Nas duas salas do NATA, "triagem" e "perseverança", cerca de 80% da frequência é masculina. São quatro as salas reservadas aos familiares, cujo "ente querido" pode ou não estar "em tratamento", com a óbvia exceção da mais frequentada dentre essas, a dos residentes da CT. As demais salas, são: sala de recepção dos familiares ou amigos que chegam pela primeira vez, sala dos familiares de usuários, sala dos familiares de "perseverantes". Em todas, a frequência é predominantemente feminina. Como em outros níveis de frequentação religiosa, bem como na visita aos presídios, a participação nas salas da família é majoritariamente de mulheres. Na CT feminina, o número de residentes durante o campo (2014) foi inicialmente de duas, chegou a seis e logo caiu para cinco, enquanto a masculina manteve sua lotação entre 28 e 30 residentes.

De acordo com alguns depoimentos, entre eles do então presidente da entidade, ex-residente da CT, o "nosso problema (a adicção) parece ferir mais as mulheres, elas sofrem de auto-comiseração, não se adaptam bem..." ao método de tratamento que prevê a "superação" do passado em favor de uma visão pragmática voltada para o presente e para o futuro. Quando é a mulher quem requer cuidado, surge provavelmente um dos maiores limites do método.

Nas salas do NATA

Na triagem

As reuniões têm início e encerramento com um Pai Nosso e uma Ave Maria, seguidos da Oração da Serenidade[89], entoadas no centro da sala, com os presentes de mãos dadas.

As cadeiras são organizadas em círculo e as reuniões são conduzidas pelas seguintes modalidades de "adicto em recuperação": um monitor da Fazenda, necessariamente um ex-residente, o "fazendeiro", que concluiu os nove meses de tratamento ou um "perseverante", mesmo que não tenha passado pela internação. Na "sala da triagem", onde a maioria é de neófitos, o condutor exerce um lugar de fala mais expressivo que na "perseverança".

A apresentação de todos é feita com o tradicional "Boa noite, família! Sou fulano/a" e breves palavras. A segunda rodada é a "partilha", precedida pela repetição da apresentação que faz reverberar nos ouvintes a exclamação "fala, fulano! ". É comum um novato não se habilitar a dar seu depoimento na rodada da "partilha", e apresentar uma postura tímida ou desconfiada, dizendo que está ali para ouvir.

89 "Concedei-nos, senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras".

A elaboração conjunta, total e convicta da definição imperiosa da "doença" que caracteriza a partilha possivelmente impõe seletividade ao método. Caso o sujeito siga frequentando, será convidado a arriscar algumas palavras, com o estímulo de que "aqui o remédio entra pelo ouvido e a doença sai pela boca".

Atrasos são comuns e não são repreendidos. Em certo momento, o condutor anuncia: "Os que chegaram atrasados querem se apresentar?" O nome próprio é enaltecido na sociabilidade dos pares em oposição ao apelido, negativamente valorado em decorrência de sua associação com a sociabilidade de rua.

Na triagem, o condutor é responsável por passar um caderno que é assinado pelos presentes. É ele quem inicia a etapa dos depoimentos, geralmente uma elaboração do percurso entre a "adicção ativa" e "adicção passiva". Sua voz, além de ser a mais constante, tem o tom típico do "perseverante", em sua performance de seriedade e motivação. Recurso comum é convidar um "irmão da perseverança" que está passando pelo corredor, a fim de dar seu depoimento. Trata-se de um "dependente em recuperação" e exerce atividades voluntárias na instituição nas noites de segunda-feira, como ler as cartas[90] trocadas entre familiares e residentes, receber doações, conversar com familiares e pretendentes à internação etc. Com a desenvoltura característica da irmandade, alguns perseverantes mais experientes atuam como exegetas e falam longamente de seu passado "da ativa" e presente de "recuperação".

Segundo o método, o "dia mais importante é o dia de hoje". A "partilha" é, muitas vezes, concluída com a enfática afirmação "tamo junto", "24 horas" ou "só por hoje" que, a depender do clima suscitado pela narrativa, é ecoado pelos demais.

90 As cartas são o único veículo de comunicação do residente com o exterior, com exceção de um almoço mensal dos familiares na CT e visitas médicas quando se fizerem necessárias. As cartas podem sofrer censuras, caso seja identificado algo considerado passível de perturbar o tratamento, como saudades doídas, elogios exagerados, ressentimentos e erotismo.

A seguir, reproduzo alguns trechos dos encontros, sob um recorte que tem como intuito encetar a análise do que reputo serem os sustentáculos simbólicos da agência mediadora do programa terapêutico.

> Não foi ruim usar a droga, ruim foi ter perdido o controle sobre a droga. Comecei a perceber que estava negligenciando meu lugar de pai, preferindo o bar aos meus filhos, à esposa... A sociedade vai te tratar mal se você não faz o que ela diz que tem que ser feito... Ter problema me fortalece, me ajuda a resolver as coisas da minha vida. Gosto quando cobram meu tabagismo. Me fortalece a procurar parar.

O uso da substância é representado como inicialmente prazeroso e a "perda de controle" é indício da doença do adicto. A referência à rejeição social diante da transgressão de normas de comportamento tem uma configuração onde o "adicto" é pensado em oposição à sociedade, tensão que parece estar impregnada na constituição de tal identidade.

A frequência nas salas tem, inicialmente, o objetivo de ensinar a qualificar o prazer e a vida, a identificar o *pathos* de um comportamento que se torna aliado de "sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada" (CANGUILHEM, 2002, p. 96). O desdobramento dessa qualidade inicial do método, de identificar a vida que deve ser vivida, parece imputar sofrimento ao desejo pelo consumo abusivo de substâncias psicoativas, de onde a consciência assim orientada irá pesar em um sujeito que adere a um conceito soteriológico, nos termos weberianos, ou seja, que identifica o mal e conduz experiências para minimizar seus efeitos indesejáveis. A classificação da "adicção" como doença e cronicidade é um meio de normalizar o patológico.

O depoimento acima não corresponde a quadros dramáticos da existência humana como observado em outros participantes, estes associados à imagem típica de "dependente

químico". A diversidade de experiências de sofrimento sugere as ambivalências do que seria a "perda de controle", que recebe tradução no dito comum de que "cada um tem seu fundo de poço". O problema, portanto, é relativo e surge no contexto de vida de cada um, o que inclui as relações com o meio circundante. Por exemplo, embriagar-se com álcool ou usar cocaína pode ser lido pelo contexto familiar sob a chave da "predisposição" e legitimar a necessidade de tratamento.

Algumas características da "perda de controle" são recorrentes, como as que incidem no corpo.

> Acordar de ressaca, o fígado revirado, e beber mais... que prazer é esse?... Sozinho é praticamente impossível (suportar a abstinência)... aqui é para abrir a mente... aqui é para quem quer, para quem aceita a doença. Quanto mais reunião participar, melhor... não vai usar com tanta tranquilidade, a consciência vai pesar (Ex-residente 1. Fonte: Diário de Campo).

> Deus quer, queira agora você. É preciso lembrar que eu sou um dependente químico no organismo, principalmente na mente. Porque é um dragão adormecido, você coloca uma droga para dentro, ele acorda... Não tenho cura, mas tenho como me manter limpo, com o poder superior (Ex-residente e monitor 1. Fonte: Diário de Campo).

A imagem popular do dragão, em referência à maldade dominada por São Jorge guerreiro é recorrente nas operações classificatórias entre o bem e o mal que subjazem aos depoimentos, constituídos em uma miríade de oposições entre o impuro e o puro, ambos imantados de poder, como a noção de sagrado em Durkheim (1996). Disso decorre o temor suscitado pelo mal que requer auxílio para vencê-lo, da agência individual, do grupo e de Deus, tríade constitutiva da noção de "partilhar", capaz de afastar o sujeito das esferas consideradas distorcidas de sua personalidade.

O exercício característico das "partilhas" é, pela escuta e pela fala, a introjeção das disposições axiomáticas do ordenamento moral, a começar pela verdade da doença. É notória a construção de uma representação indistinta dos principais problemas do "adicto" como fundamento da identidade do grupo e pertinência do método, que tem, em certa compreensão da internação, sua expressão completa.

> Passar pela Fazenda é diferente de vivenciar a Fazenda. Se eu descuidar de mim eu vou voltar a beber. Cheguei na Fazenda e comecei a resgatar o que eu tinha antes (quando criança frequentou a Assembleia de Deus com a família)... a acreditar em Deus, mas no começo foi muito difícil... "lá vem essa rezação". (Fonte: Diário de Campo).

A legitimidade auferida ao método é atestada na "vivência" da Fazenda, como instrumento do "renascimento" do sujeito, quando ele inicia sua jornada em direção a "si mesmo", uma dimensão para além da doença. É preciso para tanto, identificar-se como "adicto". Tal aceitação da identidade, pelo que pude observar, é precedida por uma série de perdas materiais e emocionais, de acusação dos familiares e acompanhada pela promessa de transformação, imantada por Deus e que autentica a coesão das relações sociais.

> Tenho compulsão e obsessão por drogas... Se os outros podem, eu não posso... Nós somos doentes... é incurável, mas pode ser estacionada, onde? Dentro de mim... Não tem jeito, eu não me testo, a compulsão volta, a obsessão. Estou há dois anos limpo mas isso não significa nada! Conheço um cara que vai ao NA (Narcóticos Anônimos) há 30 anos, há 30 anos ele se trata dessa doença. Porque considero uma doença, e sem cura... Entrei 5 vezes em Fazenda, recaí todas as vezes por não ter humildade, achava que só uma... e recaía. Um conhecido do grupo, ausente hoje, diz sempre "a mente do dependente

> mente". A gente manipula a verdade, e quem se prejudica é a gente mesmo. Quem mais sofre somos nós mesmos. Sou fraco, não dou conta, sozinho não consigo. A coisa melhorou. Mudar o ambiente, as companhias... Milagre é um dia sem usar... atrás disso aí (droga), tem um monte de coisas. Encarar de frente as dificuldades... A doença é traiçoeira, ainda me pego pensando em droga (Ex-residente 2. Fonte: Diário de Campo).

O adicto, como o bruxo zande, possui em si uma substância perigosa, essa pode ou não ser acionada (EVANS-PRITCHARD, 2005). O protocolo para "esfriar" a adicção está dentro do sujeito e conflui para aspectos morais que uma vez exercitados não diluem por completo seu "eu" perigoso situado na individualidade radical negativa, que permanece latente. Nessa latência surge a necessidade de imposição de seu controle constante pelo eu-todo, engajado nas ordens valorativas hierarquizadas.

Alguns "perseverantes" em ambas as salas contaram, em suas partilhas, que, ao adentrarem o espaço de tratamento, não se viam como adictos, e indicaram a positividade atribuída ao aprendizado de si sob as ordens do método. A fala acima transcrita assevera o aprendizado sob o qual a representação do ato de "usar" distancia-se do prazer e adentra o campo do sofrimento, tornado signo da doença, sem ambiguidades, resultado de um pensamento com o propósito definido de interditar o ato, construindo-o em oposição à vida.

A "recaída" é um evento construído como parte do horizonte de todos, muitas vezes atribuída a razões de conflito emocional. A representação da "recaída" reforça o temor do fracasso e tem a "humildade" como proteção, uma vez que o método subscreve a aceitação dos valores dominantes como antídotos ao modo de agir do adicto "na ativa". O perigo para o adicto é estar só, "porque sozinho você está acompanhado da última pessoa com quem usou", de onde surgiria o risco de ser capturado pela "doença que mata desmoralizando".

O temor diante das consequências dos pensamentos e atitudes referentes ao tempo de "uso" serve ao propósito da "abstinência" como ferramenta inicial de um conjunto de técnicas destinadas ao desvelamento das verdades da doença. Dentre essas verdades, a licença moral ao abuso e a manipulação para obter a piedade do outro é uma característica precípua (EPELE, 2010). No jogo dual que vai sendo construído, a mentira que o adicto conta para si mesmo é percebida como um movimento característico da "recaída" e oculta verdades que devem ser desvendadas no processo de reflexão proporcionado mediante internação na comunidade terapêutica e/ou introjeção do método pela frequência em "salas de grupo".

Nas "partilhas" do NATA, os depoimentos individuais possuem uma forma ao mesmo tempo coletiva e subjetiva, na medida em que dá lugar a experiências comuns do cotidiano sob uma percepção que vai sendo construída como pessoal. O movimento que pretende revelar uma correspondência entre o vivido e a interioridade sublinha uma transcendência atribuída à atuação dos pares.

> Estou aqui, vocês acham que é só para ajudar vocês... mas é para me ajudar, sem vocês eu não consigo. Antes, ficava brigando com a doença – não vou, não vou usar, mas usava. Resolvi fazer outra coisa, quando queria a droga, ia ler um livro, levantava, bebia uma água, comia um doce. "Pronto, passaram-se 2 horas. Agora é fazer algo bom para o tempo passar"... Eu estou aqui para saber quem eu sou. Talvez nunca saiba completamente, mas já sei um pouco mais. Tirando as máscaras, as mentiras. Reconhecendo o medo, a fraqueza. Que a pior mentira é aquela que eu contava para mim mesmo. (EX-M 1 - ex-residente, monitor na Fazenda. Fonte: Diário de Campo).

> O residente chega na comunidade terapêutica e ah, tem um tempo para ele. Ver as coisas, isso é difícil. Deixar o mundão de lado, abrir o porta-malas... (EX M 1. Fonte: Diário de Campo).

Valores precípuos do método são objetivados, e a internação na Fazenda é percebida como um tempo para a reflexão sobre si mesmo, valorizando a oposição entre mundo exterior fragmentado e perigoso e mundo interno coeso e seguro. Nesse dualismo, o primeiro deve ceder espaço ao segundo, sendo este enunciado pela "abstinência".

Na perseverança

A "sala da perseverança" acentua a ritualização, a começar pela presença de uma mesa próxima à porta de entrada, coberta com um manto azul da Irmandade da Fazenda do Senhor Jesus, com volumes da "literatura de A. A." e o livro do Amor Exigente. Ao chegar, cada participante escreve seu nome na ata, pois aqui a "partilha" segue a lista de assinaturas. Após as preces, o condutor lê frases do regulamento da irmandade, nos moldes do que ocorre em A. A. (REIS, 2007): menciona que o grupo não se envolve com questões de debate público, que as contribuições são voluntárias e destinadas à compra de material para as reuniões. Finaliza sua introdução afirmando que, "durante as partilhas pode haver identificação entre os presentes".

Indica um membro para executar a leitura da meditação diária e para fazer o café na máquina ao lado e servi-lo com biscoitos. "Na perseverança", bem como nos espaços azeitados da sociabilidade humana, comida e bebida são parte da cena. O cigarro só é permitido no estacionamento.

O condutor por vezes elogia o "bom uso do tempo" destinado às partilhas, pois "tempo é disciplina", normalmente limitado a 15 minutos, sinalizando com uma pequena placa de duas faces os últimos "7 minutos" e "tempo encerrado". Se ele tiver que se ausentar da sala, mesmo por poucos minutos, indica um membro para sentar-se em seu lugar.

Em contraste com o condutor da triagem, aqui sua voz é discreta, são os demais que jogam o jogo da palavra, no momento em que esta lhes é "franqueada". "Fazem uso da palavra" com desenvoltura e assertividade, em cadência ritmada de narrativas de desgraças e esperanças, onde todos escutam em silêncio, unindo vozes que se erguem ecoando "Boa noite, José!", "Fala, Rita!", "Tamo junto"! "Só por hoje!".

A primeira rodada dá lugar às apresentações, sob ordem espontânea: "Boa noite família, eu sou Mário, um adicto em recuperação há 20 dias, três meses e dois anos". Por vezes mencionam a residência na Fazenda, o número de internações e as graças ao "poder superior" pelo "milagre do dia de hoje".

A costura necessária entre pares de opostos que sustentam o método são detalhadas nas falas dos "perseverantes", como os dualismos manipulação e honestidade, Fazenda e "mundão" que são, na dinâmica da mutualidade, vividos, ensinados e idealmente introjetados. O trecho abaixo sugere o treinamento de saberes aprendidos no grupo de pares.

> Porque é isso, o alívio é seu... No começo essa honestidade não é fácil, mas na Fazenda, no grupo, você aprende a fazer como se fosse. Alguém pode dizer "ah, é fingimento"! Não é isso, você experimenta, aprende, vê que é bom. (Fonte: Diário de Campo).

A dinâmica da ajuda mútua encena a sustentação de um conjunto de saberes e fazeres expressos na palavra de ensinamento e reveladora de aprendizado para a contenção do desejo operado sob mediações legitimadas sob a égide de um conjunto de bens, como na narrativa a seguir:

> Ainda sou Maria, uma feliz adicta em recuperação, graças ao milagre de Deus e à minha força de vontade. O dia mais importante é hoje. Porque hoje eu venci minha doença. Fiquei barulhada com a desconfiança da minha mãe e fui procurar remédio na sala do grupo. Ontem fui buscar meu remédio na Fazenda. Foi lá onde me conheci, resgatei minha vida. Cortando árvore e pensando nos meus defeitos de caráter... Não acreditava em Deus... Louvar o poder superior para poder soltar a doença. Eu tenho meu poder superior, mas preciso de meu próximo. Preciso encontrar algo que me dê essa força, para parar de usar e ficar sóbria. Só você pode, mas você não pode sozinha... hoje eu sei que do meu jeito não funciona (Fonte: Diário de Campo).

Quem falou agradece o silêncio e a escuta dos outros e conclui, "Tamo junto, só por hoje". O coordenador/a arremata: "Obrigada, Maria, por sua partilha de força, fé e esperança. Continue voltando que aqui funciona".

> Meu objetivo é continuar limpa, vocês me fizeram ver que existem outros prazeres. Ser eu mesma, sem máscara. Sempre quis ser uma boa filha, uma boa namorada para minha companheira... Como é o desejo de parar de usar droga? Eu demorei um tempo para descobrir esse desejo... Meu dia hoje foi bom, logo de manhã pude observar os mecanismos do meu uso. Minha mãe me pediu para ir comprar ração pro gato. Saí às 11 horas, a hora que eu costumava sair, de banho tomado, para usar. Saí, o sol quente, vi pessoas, e aí me vi bebendo uma coca-cola, sentindo as mesmas coisas que sentia quando ia usar. Fiquei emputecida, "porra, o que é isso?". Mas não usei (Fonte: Diário de Campo).

A pedagogia da ajuda mútua inspirada em A. A. conjuga a atuação de forças transcendentais e laicas para o direcionamento da vontade. É preciso ressaltar que o contato com o poder superior não se dá na chave da mística, desprovida de norma,

pois o numinoso é etéreo e incontrolável. O desejo desviante dever ser firmemente combatido, a cada dia, "só por hoje".

Entre os "adictos" a pedagogia dos 12 Passos prevê uma busca por inventariar os "gatilhos" da "doença". Esse, como todos os demais passos, situa a união entre sujeito e comunidade de pares como instrumento de poder capaz de suplantar uma identidade específica negativa com uma identidade coletiva positiva, pois resultado de reciprocidade e complementaridade.

As prioridades auferidas ao dia de hoje em parceria com iguais marcam uma prática que procura evitar antecipar o dia de amanhã, entendido, na técnica de regulação do comportamento, como antídoto para "ansiedades", bem como para a "falta de humildade". A importância da evitação de ambas as disposições está em "esfriar", como aprende o bruxo zande, as características da "doença", especializada em apartar o sujeito do todo envolvente.

Um dos modos exemplares da adesão é descobrir o prazer de renunciar à droga, cujo valor aponta para uma adequação entre sentimentos e comportamentos. Essa conquista, entretanto, não é estável e o habitual desejo disruptivo surge para o exercício da vontade do sujeito em recuperação. Ambas as narrativas acima apontam como a moralização do sujeito e a correção dos "defeitos de caráter" são decorrentes de causas individuais. A recuperação, da mesma forma, advém do interior que, divinamente conduzido, faz surgir um ser transformado.

A abstinência, o ato de não usar, é vista como um poder do sujeito, via para alcançar um lugar de afirmação da identidade positiva, sendo contudo a "sobriedade" a condição almejada e para tanto o sujeito aplica a si, diariamente, uma coalisão de antídotos às forças etiológicas radicadas na unidade individual.

A doença é enfatizada em sua cronicidade e indica uma necessidade de controle. O sentido do mal da "adicção" responsabiliza-o pela recuperação, axiada por poderes metafísicos

inspiradores do fortalecimento da vontade em transformar-se. Destituída de cura, a "doença da adicção" tem no ato de falar sobre si para um outro "igual" o cimento da "recuperação do adicto".

De posse de instrumentos de controles advindos de Deus, de si e dos pares, o jogo da palavra protege o sujeito da "recaída", momento delicado no grupo e que suscita vergonha e solidariedade. Percalços na lapidação da dimensão desconhecida, aquela que contém uma interioridade contrária à ação da doença, é comum no tratamento. Uma vez calcada na ação individual, a atualização do controle do comportamento dá-se a partir da vigilância do sujeito sobre si, que pode falhar.

> Essa é a partilha mais difícil da minha vida. É difícil reconhecer e é difícil ser honesto. Estava limpo. Há dois dias sofria de depressão, fracasso, decepção comigo, meus erros, usei porque quis, agora é tentar de novo. A família desacreditou, "faço isso, fico irresponsável". Quando eu tô no uso eu fico um cara complicado. Não dou ideia pra mãe, pra mulher, pra filha... Vergonha pela recaída (Fonte: Diário de Campo).

Reconhecer e superar a vergonha da "recaída" é altamente valorizado pelo grupo, prova da eficácia do programa pois indicação da permanência do sujeito no tratamento. Aquele que recai e não se evade das salas é tido como alguém com a intenção de alcançar a meta de manter-se "firme no programa". Em contraste com o acolhimento do "recaído", os que desistem de tratar-se ou encontram outras maneiras de lidar com o problema, não são mencionados no âmbito das reuniões.

Um homem sentado ao meu lado inicia uma fala que, na experiência adquirida, interpreta os motivos da recaída do colega acima e indica o *status* alcançado com o tratamento.

> Estou limpo há 6 anos. Procuro não procrastinar que isso é um problema sério, vou deixando tudo para depois e ficando ansioso. Procuro assumir minhas responsabilidades dentro de casa, cuidar da criança, fazer alguma coisa. Antes andava de cabeça baixa, procrastinava em tudo. Hoje, em silêncio, as pessoas me escutam (Fonte: Diário de Campo).

Um dos primeiros residentes na história da Fazenda faz sua contribuição:

> Reunião e partilha é remédio para mim que tô limpo há 26 anos. Qualquer coisa a gente cai na lama. Recaída faz parte da cura. O remédio é reuniões e Fazenda. A santa ceia pra gente abastecer a fé da gente! Deus quer, agora queira você. Eu tenho uma balança, eu tenho que equilibrar essa balança, se desequilibrar eu vou querer usar droga. Eu tenho que ter cuidado com meus sentimentos... muitos não resistem (Fonte: Diário de Campo).

No NATA, como no A. A., a doença depreende-se dos sentimentos descontrolados, pois é do controle destes que trata o método. A reputada doença da mente e das emoções tem seu tratamento nos rituais de fala e introjeção do controle social, simbolizado no dito que "o remédio entra pelo ouvido e a doença sai pela boca". Nessa expressão coloquial apresentam-se vinculações empreendidas na circularidade do ouvir, introjetar e reproduzir as verdades do método, cuja peça-chave é a narrativa, que carrega os instituídos da doutrina ao tempo que opera sua força carismática, como um instituinte (BASTIDE, 2006).

A semelhança dos relatos, por mais concretos que possam ser, decorrem não de um dado essencial da experiência prévia, mas do aprendizado soteriológico, da linguagem que confere sentido ao sofrimento e diz como resolvê-lo. Não me refiro a uma verdade da vivência em si, mas de um aprendizado que a reconstitui.

Para além da salvação divina, o método de ensino e aprendizado do controle da doença, embebido em relatos de positividade das verdades enunciadas durante as "partilhas", é reafirmado em conversas de corredor ou entrevistas e pouco expressa uma força sentida como externa agindo sobre os sujeitos e sim algo experimentado de bom grado. Tal modo de asseverar o valor do método baseado nos 12 Passos de A. A. aproxima-se da qualidade de imposição da coercitividade, que supõe a norma, mas não é vivida pelo sujeito como simples cumprimento de uma regra porque alcança sua consciência individual (DURKHEIM, 2007).

O poder da "recuperação" implicado no alinhamento com os padrões de comportamento socialmente hegemônicos refletidos na "sobriedade" opera de modo coercitivo, mas que, de acordo com releituras de Durkheim (WEISS, 2015), não reduz o sujeito a alguém que cumpre regras em razão somente do temor de transgredi-las. O temor, bem como culpa e vergonha, presentes nas "partilhas", decorrem da adesão à norma coletivamente aprendida, contudo, a adesão a uma atividade que desvia de prazeres imediatos, e que faz temer o fracasso, não se reduz ao medo de represálias. Uma vez que o comportamento reclamado envolve relações familiares, bem como relações sociais pervasivas, o poder coercitivo contido na adesão ao dever, ou na sua valorização, implica também numa dimensão emocional do ato que, nessa perspectiva de atualização da teoria durkheimiana, é percebida pelos envolvidos como um ato moral. A ação pretendida na mediação leiga da ajuda mútua está em criar adesão ao respeito à regra como valor, e portanto emocionalmente implicada na autorregulação moral, mas que pode ser mais ou menos introjetada e até mesmo não se cristalizar no tempo.

Diz-se comumente, "nas salas", que o difícil não é ficar os nove meses na Fazenda, mas sair para o "mundo". Diante disso, as estratégias são o reforço das medidas de autocontrole na

convivência com os pares. Um jovem, em sua primeira "saída terapêutica", disse "Estou vencendo o medo, medo de ficar nervoso, ter um estresse e acabar usando." Sobre isso, outro depoimento atesta: "Eu tô mais garantido em casa, seguro. Tenho medo do mundão, no lugar onde eu moro é difícil, eu olho pela janela e tem alguém vendendo."

Uma jovem mulher, "limpa" há 6 anos, partilhou: "As pessoas me respeitam, não bebem na minha frente. Ou então eu prefiro não ir. Nem quando as pessoas estão bebendo socialmente, porque quando eu vejo eu me assusto". Narrou um episódio em que se deparou com uma "mulher drogada na rua": "Eu me vi nela, olhar perdido, repuxando a boca... eu me vi (chorou)... Tenho medo, eu não quero voltar pr'ali".

O saber local indica evitar HLP, hábitos, lugares e pessoas ligadas às práticas de uso de substâncias. Após uma reunião, perguntei a um jovem como ele fazia para se divertir e sua resposta foi que não tinha tempo para "passeio", pois sua vida era "só trabalho e estudo".

A repetição e assimilação da pedagogia difundida nas partilhas recorda-nos que o ritual não só traz alívio e tece redes de solidariedade, mas também cria temor (RADCLIFFE-BROWN, 1973), necessário às operações cognitiva e emocional de adoção das técnicas socialmente legitimadas para lidar com o problema e que acenam com a adoção de padrões normativos rigorosos para viver no mundo como alguém "limpo".

Manter-se em abstinência faz um contraste entre ampliar o espaço existencial e reduzir o espaço de trânsito social, pois o tratamento prescreve a prática de evitar lugares e pessoas não só "da ativa", mas relativos à venda e consumo de álcool e outras drogas. O "adicto em recuperação" teria, na companhia de seus pares e familiares solidários, um refúgio de um mundo ameaçador. A droga é percebida como um risco para a interioridade do sujeito, pois capaz de aflorar dentro dele o

lado negativo, ao menor descuido. O temor é reforçado no dito que "Essa doença é a doença do ainda... você ainda não fez isso, mas se continuar vai fazer." Diante disso, "o destino do adicto é instituição, cadeia ou caixão", ou seja, reforma, prisão ou morte.

No encerramento da reunião dos "perseverantes" é passada de um a um uma sacolinha azul com insígnias da irmandade. O ato de depositar o dinheiro[91] deve ser feito com a mão fechada, para não identificar o valor doado. Após isso, alguns levam a sacola ao coração e passam-na adiante. O condutor lê informes, contabiliza os presentes, anuncia o montante arrecadado e dá por encerrada a reunião.

Quando perguntei a um monitor, ex-residente na Fazenda, sobre a importância de Deus na sua recuperação, sua resposta foi:

> Eu creio que ele me deu boa parte da ajuda, mas se eu não faço algo, ele não ia fazer sozinho, porque muitas coisas que ele me mostrou eu nunca abri o olho... Hoje eu sei da minha parte a ser feita... Ele não quer que eu use, mas se eu quiser usar ele não pode fazer nada (Fonte: Diário de Campo).

Nesse fragmento de entrevista, o poder em questão, o de tornar-se um "adicto em recuperação" não representa uma visão fragmentada de individualidade, mas uma clara distinção entre o ser e o dever ser, cuja necessária distinção é atribuída a uma vontade interior estimulada naquele que está em relação com Deus e elabora os contornos de sua interioridade sob preceitos coletivos da pessoa socialmente qualificada, portanto não imune aos valores prementes na cultura (ROPA; DUARTE, 1985).

A circulação dos sujeitos por grupos de 12 Passos denota uma qualidade individualizada e coletiva da oferta terapêutica, pois supõe uma escolha entre outros programas disponíveis

91 Contribuições financeiras são restritas aos adeptos.

no SUS para a "dependência química". Essa, como venho afirmando ao logo da discussão, é uma decisão sujeita a fatores condicionantes da visão de mundo e a oscilações constitutivas da ordem individual, aberta a maiores flutuações. Se o sujeito escolhe participar das reuniões, ele não se autoriza a um tratamento nos moldes de uma psique individualizada, específica e que vislumbra uma autonomia quanto ao uso. Trata-se de uma individualidade seletiva, o sujeito é chamado à ação como unidade, mas sua margem de ação é conjugada a valores morais apriorísticos (DUARTE, 2013).

Quanto à permanência e consecução no programa, podemos pensar em como os dispositivos contidos na categoria de doença coincidem com representações sociais do sujeito que aprende algo que já lhe é palatável, ou seja, a objetividade de valores duais entre o bem e o mal. Se o discurso da reforma moral ecoa nele, isso não significa ausência de custos na consecução de seus preceitos.

Conclusão

A construção social da doença da dependência química organiza-se em um sistema fechado de relações posicionadas que se irmanam no compartilhamento de um sentido dominante construído e atualizado via discurso dos tipos exemplares da mediação leiga, aqueles que, além de manterem-se "limpos", atuam a autoridade legitimada pela racionalidade do método. Os exegetas distribuem abraços e exalam os signos da superação advindos daqueles que se afirmam de modo interessado, dada a conexão entre auto e mútua ajuda, dimensão fundamental do método de A. A., a evangelização.

A eficácia, sempre relativa, da construção da ideia de doença como acusação e ao mesmo tempo caminho para a recuperação, é aqui compreendida como resultado de um conjunto

de ordenamentos simbólicos que favorecem o estatuto do sujeito socialmente regulado. Portanto, a "doença" torna-se um dispositivo de moralidade mediada por uma circulação entre família, religião e individualismo (DUARTE, 2006).

O tratamento da "dependência química" dos Alcoólicos Anônimos (A. A.) foi criticado por Bateson (1972) devido a não conduzir o membro a uma emancipação, uma vez que o método adotado reforçaria uma obsessão pela identidade estigmatizada criadora de uma vigilância constante (BATESON, 1972), a do "adicto" sobre sua "adicção". Perspectivas críticas contemporâneas desenvolvem esse argumento e apontam para uma identidade essencializada incapaz de romper com a estrutura obsessiva, transferindo o vício em substâncias para o vício em reuniões do grupo. Assim, o aspecto central do método que propaga a ênfase na "adicção" a ser combatida pela "abstinência" é percebido como impedimento do desenvolvimento da "especificidade" do sujeito, segundo a chave de leitura da ordem autônoma, central à visão de mundo moderno-contemporânea.

A ênfase nativa quanto à "abstinência" como pedra de toque do método não significa, nos termos da minha interpretação, sua solidez ou verdade inequívoca. Talvez possamos depreender disso justamente o contrário, a percepção de sua instabilidade como impulso para a insistência no desempenho do papel.

Em consonância com esse prisma, a fixação dos sentidos da "doença" e a ênfase nos aspectos negativos podem ser correlacionadas à operação do evangelismo pentecostal, que mantém o "pecado" no centro da linguagem, para então entretecer com o "vício" relações rituais de rejeição da doença através da abstinência (ROBBINS, 2014). Tal busca em atingir uma transformação da situação, e não da condição, ocorre através de uma incorporação de recordações que apontam, com violência, relações consideradas destituídas de poder sobre si e do baixo *status* no mundo no tempo da "adicção ativa".

O sentimento de vida degradada faz pensar os valores do controle social espelhados no método que oferta uma reinserção social a partir da introjeção de um comportamento adequado, normal e necessário (EPELE, 2012). A reprodução do dever nas reuniões de ajuda mútua evidencia como macroprocessos culturais e políticos se traduzem na dinâmica social da proposta terapêutica.

O modelo de tratamento que insiste, com a mesma ênfase, na doença e na recuperação, visa fixar o movimento desejado entre ambas baseado na noção de identidades essencializadas sob o primado da moral. A centralidade da doença como categoria opera como medida de manutenção de um regime hierárquico de oposições que habitam o sujeito. Numa interpretação rústica e acessível de conhecimentos intelectualizados que versam diferentemente sobre dualismos humanos (FREUD, 1978; DURKHEIM, 1996), as fronteiras do pensamento nativo se estabilizam na tensão entre desejo e contenção.

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

Um maior desdobramento da análise do significado da alegada doença em articulação com o significado da saúde desejada, a "sobriedade" e seus avatares, parecem relacionados às características do empreendedorismo pessoal moderno contemporâneo na consecução dos valores capazes de superar estados subjetivos indesejados em favor de instâncias morais positivamente sancionadas. Talvez seja esse o movimento responsável pela relativa eficácia do método terapêutico da ajuda mútua.

Referências

BERRIDGE, Virgínia. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, G.; LADER, M. *A natureza da dependência de drogas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BASTIDE, Roger. O sagrado selvagem. In: _____. *O sagrado selvagem e outros ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BATESON, Gregory. The cybernetics of "Self": a theory on alcoholism. In: _____. *Steps to an ecology of mind.* San Francisco: Chandler Pub, 1972.

BOURDIEU, Pierre. A dissolução do religioso. In: _____. *Coisas ditas.* São Paulo: Brasiliense, 1990.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

DE LEON, George. *A Comunidade Terapêutica*: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DUARTE, L. F. D. Aonde caminha a moralidade?. *Cad. Pagu*, n. 41, p. 19-27, 2013.

DUARTE, L. F. D. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: DUARTE, L. F. D. *et al*. (Org.). *Família e Religião.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

DUARTE, L. F. D. Dois regimes históricos das relações da Antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo da regulação moral da pessoa. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaios:* subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DUARTE, L. F. D.; GIUMBELLI, E. As concepções cristã e moderna da pessoa: paradoxos de uma continuidade. *Anuário Antropológico*, n. 93, p. 77-111, 1995.

DULLO, E. Paulo Freire, o testemunho e a pedagogia católica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 49-61, 2014.

DUMONT, L. *O individualismo:* uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EPELE, M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-268, ago. 2012.

EPELE, M. *Sujetar por la herida:* una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós, 2010.

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

FERREIRA, C. B. de C. La emergencia de la adicción sexual, sus apropiaciones y relaciones con la producción de campos profesionales. *Sex., Salud Soc*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 284-318, ago. 2013.

FERREIRA, C. B. de C. Desejos regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

GIDDENS, A. O significado sociológico da codependência. In: _____ *A transformação da Intimidade*: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GIUMBELLI, E. *Símbolos religiosos em controvérsias*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

GOLDMAN, M. Da existência dos bruxos ou como funciona a Antropologia. *Revista de Antropologia da UFSCar*, v. 6, n. 1, p. 7-24, jan./jun. 2014.

GRANFIELD, R.; CLOUD, W. *Coming Clean*: overcoming addiction without treatment. New York; London: New York University Press, 1999.

ROBBINS, J. Pluralismo religioso e pluralismo de valores: ritual e regulação da diversidade intercultural. *Debates do NER*, Porto Alegre, v. 15, n. 26, 2014.

LASH, C. *Refúgio num mundo sem coração* - a família: santuário ou instituição sitiada?. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEVINE, H. G. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, p. 493-506, 1978.

MAUSS, M.; HUBERT, H. *Sobre o sacrifício.* São Paulo: Cosac Naify, 2005.

MELO, R. V. Crack, família e doença na lógica da ajuda mútua. In: SOUZA, J. (Org.) *Crack e exclusão social.* Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/SENAD, 2016.

MONTERO, P. *Da doença à desordem*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

RADCLIFFE BROWN, A. R. *Estrutura e Função nas sociedades primitivas*. Petrópolis: Vozes, 1973.

REIS, Tatiana. "*Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho*": indivíduo, grupo e identidade social em alcoólicos anônimos. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

ROBERTSON, N. *Getting Better*: inside Alcoholics Anonymous. A Thomas Congdon Book. 1988.

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre o atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 178-201.

ROSATI, M.; WEISS, R. Tradição e autenticidade em um mundo pós-convencional: uma leitura durkheimiana. *Sociologias,* Porto Alegre, v. 17, n. 39, p. 110-162, maio/ago 2015.

SCHRAGER, C. D. Questioning the Promise of Self-Help: a Reading of "Women Who Love Too Much". *Feminist Studies,* Maryland, v. 19, n. 1, p. 177-192, 1993.

TURNER, V. *Floresta de Símbolos:* aspectos do ritual Ndembu. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2005.

WEISS, R. Do mundano ao sagrado: o papel da efervescência na teoria moral durkheimiana. *Horizontes antropológicos*, v. 19, n. 40 p. 395-421, 2013.

WEISS, R. Apresentação do Dossiê Sociologia e Moral. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 17, n. 39, p. 16-24, maio/ago. 2015.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo.* São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

CAPÍTULO 8
ENTREMEANDO RELAÇÕES DE PODER:
ITINERÁRIOS ABORTIVOS E OS/AS DIFERENTES MEDIADORES/AS EM SAÚDE

Rozeli Maria Porto

O ponto de partida deste artigo é o de refletir sobre a maneira pela qual sujeitos/as reconhecidos/as como agentes mediadores/as formais e informais[92] interferem em itinerários abortivos[93] realizados por mulheres em casos hospitalares e não hospitalares, sobretudo em relação ao aborto inseguro[94].

---

92 Reconheço como mediadores/as formais as/os profissionais de saúde ligadas/os a instituições hospitalares e como mediadores informais as/os demais sujeitas/os envolvidas/os nessas relações sociais. Outrossim, "mediadores" e "mediação" serão aqui compreendidos conforme Velho (1994).

93 O termo "itinerário abortivo" foi inspirado e adaptado ao nosso foco (aborto) na categoria itinerário terapêutico (LANGDON, 1994) oriunda da literatura socioantropológica, que nos permite pensar que os sujeitos, diante de doenças, aflições e sofrimentos (ou, no nosso caso, de uma gravidez indesejada) recorram a um repertório relativamente amplo de estratégias que aliviem ou eliminem seus infortúnios (TORNQUIST et al., 2012; PORTO, 2009).

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

Como no Brasil o Código Penal (BRASIL, 1940, art. 127 e 128) limita seus permissivos legais somente aos casos de estupro[95], risco de vida da gestante e, desde 2012 (STF), para os casos de anencefalia[96], tal limitação não garante às mulheres o direito de deliberar sobre o momento em que realmente gostariam de levar adiante um projeto de maternidade. Em outras palavras, se nega o direito às mulheres em decidirem sobre os seus próprios corpos, regulando veementemente sua autonomia reprodutiva. Observe-se, nesse sentido, que não somente no plano das leis esse direito é negado: em nosso país, a liberdade individual em decidir por uma gravidez indesejada é negada com base em concepções e valores religiosos, éticos e/ou morais, impostos social e culturalmente pelo processo histórico dessa sociedade.

Diante do fato, é inegável que o aborto inseguro seja uma realidade bastante preocupante e se enquadre como um problema de saúde pública, pois, a cada ano, cerca de 728.100 a 1.039.000 abortamentos são realizados, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Embora se verifique decréscimo desses números nos últimos anos, especialmente

95 Desde 1940, o CPB permite o aborto em caso de estupro. Todavia, somente no início da década de 2000 é que a prática foi regulamentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Faz-se importante observar que tais regulamentações sofrem ameaças por projetos de lei, a exemplo do PL 5069/13, que impõe dificuldades para realização de abortos nos casos permitidos pela legislação brasileira, e do PL 478/2007, que trata sobre o Estatuto do Nascituro – apelidado pelas feministas como Bolsa Estupro – o qual prevê proteção jurídica à criança ainda não nascida.

96 Um processo foi instaurado em 2004 a pedido da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) por meio de uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) e com assessoria da ONG feminista ANIS (DINIZ; RIBEIRO, 2003). Somente 8 anos depois, a corte determinou que nem mulheres, nem profissionais que realizam abortos nessa condição poderiam ser punidos. Essa foi a primeira vez na história em que o STF tomou decisão sobre saúde e direitos reprodutivos.

após o advento do Misoprostol/Cytotec®, a taxa hodierna de 3,7 abortamentos por 100 mulheres em idade reprodutiva ainda é, muitas vezes, superior aos valores observados nos países da Europa Ocidental (BRASIL, 2011).

Tais números podem ser traduzidos na Pesquisa Nacional de Aborto realizada com mulheres entre 18 e 39 anos em áreas urbanas de todo o Brasil, revelando que uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez aborto. Mulheres casadas, com pelo menos um filho, católicas, protestantes, evangélicas ou de outras religiões. Tal estimativa pode ser ainda maior se considerarmos que a pesquisa coletou dados somente no espaço urbano (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Outras investigações demonstram como essa prática é comum entre mulheres de classes sociais diferenciadas, e mesmo nos casos em que o aborto é descriminalizado, ainda permanecem obstáculos para sua realização (FAÚNDES, 2016; ROSTAGNOL, 2014; TORNQUIST *et al.*, 2012, DE ZORDO, 2012). Observe-se ainda, que a mulher pobre, negra e prostituta é a maior vítima do sistema, que associa o aborto à pobreza e à promiscuidade, obstruindo a falta de acesso a um aborto eficaz e seguro (AQUINO, 2012).

Em um país em que o aborto é ilegal – salvo algumas exceções – o receio de um processo criminal pode afetar a disponibilidade dos profissionais de saúde para tratar mulheres com complicações provocadas por um aborto clandestino, ou mesmo aqueles permitidos no Código Penal. Percebe-se que o tema do abortamento faz parte do repertório de assuntos relacionados à vivência reprodutiva, mas poucas vezes está incluído na formação acadêmica dos profissionais de saúde. A assistência é orientada pela compreensão de que "o abortamento é um crime", sem alusão aos direitos humanos e reprodutivos ou às demandas sociais que decorrem da problemática da clandestinidade.

De forma geral, se reconhece que leis restritivas não diminuem o problema em questão. Ao contrário, forçam a prática do aborto clandestino desvelando o descompasso entre

essas leis e a prática estabelecida pelas mulheres em relação ao aborto: ou seja, por medo de serem punidas, as mulheres iniciam o abortamento em lugares não hospitalares, na maior parte das vezes sem assistência especializada, o que reverbera num grave problema de saúde pública[97], particularmente mais grave em países em desenvolvimento[98] (PORTO, 2014; DINIZ; MEDEIROS, 2012; DREZET; PEDROSO, 2012).

Diante do quadro, percebe-se que independentemente de fatores legais, religiosos ou morais, as mulheres, quando decididas em suas escolhas, abortam. E a partir do momento em que tomam tal decisão, iniciam longos itinerários abortivos envolvendo uma heterogeneidade de agentes mediadores em suas trajetórias. E esse é o objetivo do texto: analisar a interferência desses agentes ativos em diferentes contextos e estágios de abortamento.

Para tanto, o artigo estará divido em duas partes: na primeira, expõe-se o relato de duas mulheres que recorreram ao aborto inseguro iniciando o procedimento com comprimidos de Misoprostol/Cytotec® revendidos por diferentes agentes mediadores no "mercado paralelo", observando seus (d)efeitos diante do medicamento. Na segunda parte, discute-se a relação entre

97 As Conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995) marcam uma época em que o aborto foi reconhecido internacionalmente como problema de saúde pública e em que foi solicitado aos países que o penalizam que revissem suas leis, requerendo atenção aos abortos inseguros (ÁVILA; CORRÊA, 2003).

98 Cabe notar que aproximadamente 95% dos abortamentos inseguros são realizados em países em desenvolvimento com restrições legais ao abortamento. Quase 13% das mortes maternas no mundo estão relacionadas ao abortamento inseguro, resultando em 67 mil mortes de mulheres a cada ano. Em números aproximados, calcula-se que na América Latina 36% das gestações não sejam planejadas, resultando em quatro milhões de abortamentos induzidos. Ainda em países do Caribe e da América Latina, ocorre um abortamento inseguro para cada três nascimentos vivos, implicando em 24% da mortalidade materna (WHO, 1998).

essas mulheres e os agentes mediadores hospitalares, lembrando que a maior parte delas recorre aos hospitais/maternidades após terem iniciado o abortamento em casa.

A investigação é de caráter qualitativo e foi realizada através de técnicas como a observação participante e de entrevistas semiestruturadas dentro e fora de ambientes hospitalares no Rio Grande do Norte[99]. Todas as etapas e procedimentos relativos e necessários ao trabalho do/a antropólogo/a foram levados a cabo, assim como foram observadas as normas estabelecidas no Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). As exigências do Comitê de Ética em Pesquisa também foram cumpridas[100].

Mediação e perigo: ou, quando o aborto se aproxima do *tráfico*

O Misoprostol, amplamente conhecido por seu nome comercial, Cytotec®, é utilizado como prevenção de úlceras gástricas associadas à administração de anti-inflamatórios não esteroides. Além disso, o Misoprostol estimula as contrações uterinas, de modo que é utilizado, com frequência, com a finalidade de interrupção da gravidez. No país, foi comercializado normalmente entre os anos de 1986 e 1991, quando então a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA proíbe sua circulação a partir da

99 Este artigo integra o projeto de pesquisa "Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte" – Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012. No RN, a pesquisa foi realizada em dois hospitais/maternidades em Natal. Também em uma unidade de saúde e na feira livre de Caicó. Todas as entrevistas foram realizadas em profundidade, gravadas e transcritas. Foram também conduzidas a partir de roteiro padronizado e semiestruturado.

100 Aprovado sob o CAAE nº 36085913.4.0000.5537.

publicação de uma pesquisa informando suas possíveis reações e "contraindicações" (MARIANI NETO *et al.*, 1987).

Tal proibição imposta pela ANVISA não impediu sua expansão nestes últimos 25 anos no Brasil, sendo que o medicamento acabou por alcançar distintas camadas sociais, que obtêm o Misoprostol de diversas formas de acordo com suas redes de relações sociais (PORTUGAL; MARTINS, 2011). Essas redes envolvem diferentes estilos de mediadores, desde vendedores/as de chás, ervas e outras beberagens, vigias, policiais, personal-trainings, faxineiros/as, profissionais de saúde, além de vizinhos/as, parentes, e outros sujeitos/as os/as quais, parafraseando Gilberto Velho (1994), nem sempre formam grupos fixos, tampouco homogêneos, e cuja experiência não está isenta de crises, problemas imprevistos ou conflitos presentes nas mediações dentro desse campo de possibilidades (VELHO, 1994).

Vale lembrar que a categoria *mediação* é entendida aqui como um "fenômeno socioantropológico" entremeada por "relações de poder" (VELHO, 2010, p. 20-22): um fenômeno primordial não somente por estabelecer pontes entre diferentes, mas por reinventar códigos, redes de significados e relações sociais importantes para expansão e desenvolvimento de uma ação produzida por sujeitas/os, que interferem – positivamente ou negativamente – nos caminhos percorridos pelas mulheres em busca de auxílio em suas trajetórias abortivas. Tais mediadores, como lembra Margareth Arrilha (2012, p. 1790), dependerão dos contextos sociais em que se encontram cada uma dessas sujeitas[101], o que pode acarretar em diferentes desfechos abortivos, traduzindo-se em "sucessos" ou "insucessos" de tais procedimentos.

Nesse percurso dramático e de intensa angústia, nos deparamos com mulheres que por diferentes razões não poderiam

101 Sujeitas aqui compreendidas conforme Fernanda Cardozo (2007).

levar adiante uma gravidez inesperada[102]. Decididas em suas escolhas, todas, sem exceção, já sabiam previamente da existência da medicação Misoprostol – conhecida pelas próprias como Cytotec® –, sendo este o caminho eleito prioritariamente para a interrupção da gravidez. Contudo, ter conhecimento da existência desse medicamento não é o mesmo que saber onde encontrá-lo, como reconhecê-lo e em que quantidade o utilizar.

Para comprar o medicamento é necessário acionar uma rede que se caracteriza como o primeiro contato com intermediários/as e fornecedores nesses itinerários abortivos. "A amiga da prima", "a irmã da amiga", "a namorada do amigo", "a tia ou a filha da vizinha" ou "a/o colega de trabalho" sempre aparecem como personagens ativas nesse cenário, as/os quais conhecem ou ouviram falar em algum tipo de fornecedor. Mas não antes de passarem pelo "Dr. Google" – nomeado assim por Glória, uma de nossas interlocutoras em Natal –, ferramenta que tem se caracterizado hodiernamente como um dos primeiros mediadores de acesso e apropriação dos conteúdos de saúde disponíveis nessas redes (PORTO; SOUSA, 2017).

Conseguir o Misoprostol exige que as/os sujeitas/os por vezes adentrem em um mercado clandestino, mais ou menos perigoso, dependendo das circunstâncias e da relação que acaba por se estabelecer com a/o mediador/a/fornecedor/a, segundo afirmam Débora Diniz (2012), Margareth Arrilha (2012) e Maria Luiza Heilborn (2012). As autoras argumentam que o medicamento está inserido em um processo de comercialização ilícito fazendo com que se aproximem, direta ou indiretamente, do tráfico de drogas.

---

102 Utilizo aqui a primeira pessoa do plural, pois a pesquisa contou com a participação efetiva das estudantes Cassia Helena Dantas Sousa, Maynara Costa, Mayra Balza, Fabiana Galvão, Renata Ribeiro e Carolyna Kyze. Agradeço imensamente às estudantes pela colaboração e parceria também em algumas publicações.

Como já observado em outros momentos (PORTO; SOUSA, 2017; DANTAS SOUSA; PORTO, 2013; TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012), nossas interlocutoras acabam por conseguir o medicamento através de atendentes de farmácias, motoboys de farmácias e pessoas envolvidas com transações clandestinas de medicamentos, como proprietários de academias de ginástica, que também vendem outros "medicamentos de gênero", a exemplo de esteroides anabolizantes e substâncias proibidas no país (DINIZ; CASTRO, 2011). Para além destes, também estão envolvidos policiais que chegam aparentemente a lotes de Misoprostol através de apreensões ou pelo próprio conhecimento, em virtude da natureza da profissão, de locais de comercialização de narcóticos e outras substâncias proibidas que, além do comércio habitual, vendem o medicamento (PORTO; SOUSA, 2017).

Comercializado na clandestinidade, muitas mulheres acabam ministrando-o de diferentes maneiras, por vezes misturado a outras substâncias e deliberam por finalizar o abortamento em maternidades, principalmente devido às exasperadas complicações que um aborto retido pode gerar. Além disso, é necessário lembrar que muitas delas se tornam reféns não somente das ameaças e assédios de tais mediadores, conforme demonstra Diniz (2012), mas, sobretudo, correm o risco de obterem produtos adulterados, como nos informou Josiane[103], à época com 21 anos, tendo realizado um aborto por razões que ela comenta serem bastante particulares:

> O remédio veio numa cartela toda recortada e que estava embrulhada numa folha desses jornalecos de mercado. Não dava pra ler o que estava escrito. Soube por uma prima que na farmácia (nome) no bairro (nome) vendiam. Cheia de medo, comprei... Não tinha certeza de ter comprado realmente o medicamento correto pela forma que foi embrulhado ou se não passava de um comprimido de farinha... (JOSIANE).

103 Todos os nomes foram trocados para preservar a identidade dessas pessoas, as quais gentilmente nos concederam as entrevistas.

Josiane, assim como a maioria das mulheres em suas trajetórias abortivas, utilizou a medicação sem ter certeza de sua procedência. Na realidade, o Cytotec® tem um formato hexagonal e, a partir do ano 2000, dentre outras resoluções sobre a regulação de medicamentos tomada pela ANVISA, ele foi alinhado dentro de um rigoroso e severo controle de qualidade. Segundo observam Marilena Corrêa e Miryam Mastrella (2012, p. 1780), tornou-se imperativo nas duas faces da embalagem, um destaque, onde se vê dentro de um círculo barrado a figura de uma mulher grávida, acompanhado de frases como: "Atenção: Uso sob Prescrição Médica"; "Atenção: Risco para Mulheres Grávidas"; "Venda e Uso Restritos a Hospital". Uma vez obtido no mercado paralelo, o Cytotec® é revendido em dosagens restritas por quem o "comercializa". E tais dosagens sempre vêm embrulhadas em algum tipo de papel, como folhas de jornais ou de cadernos, sendo praticamente impossível saber se o medicamento é falso ou se ele não passa de "um comprimido de farinha".

À época, Josiane namorava um rapaz que morava em Salvador e por isso achava desnecessário tomar pastilhas contraceptivas, uma vez que o casal se encontrava a cada dois meses. Filha de emigrantes nortistas, mudou-se para Natal junto com sua mãe e irmãs. Perdeu o pai com 19 anos. Conta-nos que após muito esforço passou no vestibular e se tornou estudante universitária. Todavia, para garantir seus estudos, trabalhava todo o dia como vendedora em uma loja. Perguntada sobre a maneira de evitar a gravidez, respondeu que ambos aderiram ao preservativo e posteriormente ao coito interrompido, métodos que resultaram eficientes, até Josiane ser surpreendida pela ausência de suas "regras". Aconselhada por sua irmã, investiu em algumas beberagens, a exemplo do chá de arruda com canela, pois tal combinação, segundo nos informou, "ajuda a fazer descer [a

menstruação]". Muito desconfiada, fez um "exame de farmácia"[104], que nos relata ter dado "positivo", sendo confirmada a gravidez dias depois através de um "exame de sangue"[105].

Nesse longo trajeto recheado por desconfianças, troca de informações, chás e exames, narra que começou a ficar "desesperada", porquanto uma gravidez não estava prevista para aquele momento. Nesse ponto, observa não ter tido dúvidas quanto à escolha pelo aborto. Sua insegurança estava na maneira em como fazê-lo. Diante da situação, acionou mais uma vez sua rede de contatos para decidir a maneira pela qual efetuaria a interrupção. Conhecia, de antemão, o Cytotec®, pois uma amiga de sua prima já havia utilizado o medicamento alguns meses antes com bastante sucesso. Pensou primeiramente em ir a uma clínica, porém, após tomar informações sobre os preços cobrados para interromper uma gravidez – custos que diferiam absurdamente entre pastilhas e clínicas –, optou pelo aborto medicamentoso.

> Depois que comprei o cytotec corri para casa e acionei minhas irmãs e duas amigas para ficarem comigo. O rapaz da farmácia disse pra tomar dois comprimidos e colocar dois [na vagina] e ficamos lá conversando por horas e nada. Não sentia nada. Estávamos no quarto, e minha mãe com minha irmã mais velha na sala. Eu estava na boa, pois tinha certeza que não queria ser (mãe) naquele momento. Ficamos acordadas até de madrugada. Minhas amigas foram embora e nós fomos dormir. Custei a pegar no sono, mas acabei adormecendo. Acordei pela manhã na esperança de ter algum sinal e para minha surpresa não aconteceu nada. Falei com minhas irmãs, liguei para minhas amigas e para minha prima. Todas me aconselharam a esperar mais um dia. E assim esperei e nada. No terceiro dia, nada. Ou seja, não deu certo. O comprimido só podia ser falso. Minha irmã acabou comprando mais dessa

104 O teste caseiro de gravidez, popularmente conhecido como "exame de farmácia", mede a quantidade de hormônio beta HCG na urina, que só é produzido quando a mulher está grávida.

105 O exame detecta o hormônio Beta HCG, que é produzido somente durante a gestação e que está presente na urina ou no sangue da mulher.

> porcaria do remédio em outra farmácia. Tudo de novo, mas daí foi... com dores horríveis, sangrando... Daí minha irmã me levou para a maternidade (JOSIANE).

O caso de Josiane é um exemplo bastante concreto do que muitas sujeitas passam durante seus itinerários abortivos. Acionam uma rede de relações envolvendo diferentes mediadores, tomam chás, fazem exames, e quando, por ventura, a gravidez é confirmada, entram em desespero. Procuram uma forma de resolver "o problema", por vezes sem a presença dos seus companheiros, pelas razões já conhecidas: abandono, descaso, medo que o consorte saiba da gravidez (especialmente em relações violentas), gravidez causada por relações sexuais ocasionais, ou mesmo por independência (MARIZ, 1998). No caso de Josiane, seu namorado estava a milhas de distância, encontrando-se em uma situação desconfortável, porém, nem de longe tão "desesperadora" quanto a dela diante da ineficácia do medicamento adulterado.

O que difere o episódio de Josiane de outros vários conhecidos através dos discursos de nossas interlocutoras, é o fracasso diante da utilização de tal medicamento e de sua obrigatória reutilização. Seu itinerário abortivo acabou sendo prolongado por mais alguns dias diante do inconveniente, que para ela foi totalmente inesperado. Nossa interlocutora foi vítima de um sistema que contempla sujeitos mediadores informais envolvidos, de uma maneira ou de outra, em um tráfico de drogas, que inevitavelmente contempla produtos adulterados. De qualquer modo, não estava em questão rever, enfrentar ou cobrar do rapaz da farmácia, vulgo seu fornecedor, a veracidade do remédio. Certamente, não lograria sucesso em fazê-lo podendo inclusive passar por riscos desnecessários à sua integridade física e até mesmo moral. Quando obteve "sucesso" – ou seja, quando o Cytotec® fez o efeito desejado, causando dores e sangramento da segunda vez, seguiu para a maternidade, tal qual a maioria das mulheres o faz para finalizar o abortamento. Assim também agiu nossa outra interlocutora, a qual chamaremos de Ester, 22 anos:

> Isso era algo pra mim muito distante... nada concreto. Engravidei por vacilo, entendeu? A camisinha estourou e eu pensei: não, não vai dar nada. Não tinha companheiro fixo, por isso não tomava nada (contraceptivo). Mas daí fiquei desconfiada e pimba: estava grávida! Aí o carinha foi comprar o cytotec que ele disse que já tinha comprado pra outra namorada... Ele conseguiu com um cara que trabalha de motoboy lá pras bandas de (nome do bairro). Foi difícil, dolorido, sangrento... no desespero fui bater no hospital... (ESTER).

Ester, assim como Josiane, era estudante universitária e trabalhava durante o dia como manicure em um bairro de classe média em Natal. Natural de uma cidadezinha próxima à capital, dividia apartamento com duas amigas, também estudantes. Nos finais de semana ia para casa visitar os pais e os dois irmãos mais novos. Como não possuía um "companheiro fixo", não via necessidade em utilizar qualquer método contraceptivo, optando pela camisinha. O Cytotec®, do qual já tinha conhecimento, foi adquirido pelo rapaz, que conhecia um fornecedor por ter passado pela mesma experiência em outro relacionamento – fato que ilustra seguramente os inúmeros casos de aborto realizados pelo país, bem como impõe a responsabilidade pela contracepção às mulheres.

Em seu itinerário abortivo, observa que teve "sorte", uma vez que o medicamento foi rapidamente encontrado. Todavia, por indicação de algumas amigas, nos informou que, antes de utilizar o Cytotec®, tomou chá de arruda e de cabacinha, fez escalda-pés, ingeriu umas "gotinhas" de determinada substância que não soube precisar o que era exatamente. Disse ter ido a uma feira perto de sua casa e adquirido tais ervas e outras beberagens, através de mediadores informais, que se incluíam no que podemos chamar de medicina popular.

Nesse caso, vale um paralelo com os dados observados por Flavia de Mattos Motta em Florianópolis (2010) e em nossa própria pesquisa na cidade de Caicó (PORTO; GALVÃO, 2014)

sobre aborto e contracepção em grupos populares urbanos. Nesses dois locais, as mulheres, por desespero, recorriam à medicina popular, chegando a tomar garrafadas e a utilizar receitas pesquisadas na internet, como a ingestão de cápsulas de substâncias duvidosas em drágeas, sem que, no entanto, fizessem efeito abortivo algum. No caso da medicina popular em forma de combinados de ervas – as garrafadas –, algumas pesquisas[106] apontam a recorrência deste tipo de recurso pela via da indicação de "aborteiras" – ou raizeiras, conhecidas em Caicó por *Amiguinhas* – não sendo, todavia, garantida a eficácia das misturas, o que torna necessário outras tentativas que podem estreitar e intensificar a relação (ou a tensão) entre os as/os sujeitas/os envolvidos/as no drama.

Todavia, há de se notar que, embora não haja garantias de abortamento, uma combinação entre remédios e ervas pode afetar gravemente a saúde das mulheres. Em nosso trabalho de campo, uma das médicas entrevistadas para esta pesquisa nos advertiu em relação ao fato, observando que "a mistura entre alguns medicamentos e chás pode afetar o aparelho digestivo ou causar paralisia renal" (médica ginecologista, RN), e, dessa forma, ameaçar a integridade física ou mesmo a vida dessas sujeitas.

Como Josiane e Ester, outras tantas mulheres percorrem itinerários abortivos que podem envolver medicamentos e substâncias nada confiáveis, fornecidas por diferentes mediadores que acabam por fazer parte ou mesmo por interferir nesse tipo de procedimento (TORNQUIST *et al.*, 2012; PORTO; SOUSA, 2017). Ester, particularmente, obteve sucesso ao conseguir um medicamento que não estava adulterado, ao contrário de Josiane, que não logrou êxito na primeira tentativa. Ambas adentraram no atendimento hospitalar e foram atendidas por sujeitas/os que se enquadram em outra categoria de mediadores, as/os quais poderão atender Josiane, Ester e outras sujeitas de forma mais ou menos acolhedora, a depender de sua formação, de seu

106 Neste sentido ver Fernanda Tussi (2010); Soraya Fleischer (2012).

caráter ou de seu estilo de vida, em processos que entremeiam delicadas e questionáveis relações de poder.

Mediação e "castigo": quando o despreparo naturaliza a maternidade e moraliza o aborto

Para as/os profissionais de saúde que fizeram parte desta investigação, "ser mãe" figura em seu campo de possibilidades de maneira bastante atrelada às representações do feminino, e relacionado a isso incide uma consequente naturalização da maternidade, como Elisabeth Badinter (1985) bem problematiza como o "mito do amor materno". Esse mito é tomado no imaginário social como determinante da condição feminina, ou algo que define a essência da identidade da mulher – a mãe é vista como santa e a maternidade como algo que transcende a dimensão valorativa do sofrimento e do sagrado (PORTO, 2014; MELHUS, 1990).

Abortar supõe uma transgressão e uma crítica profunda ao paradigma hegemônico da maternidade compulsória, deveras naturalizada, que extrapola as já reconhecidas normativas de gênero (PIMENTEL; VILLELA, 2012). Sem dúvidas, a mulher que induz o aborto muitas vezes é alvo de preconceitos, sendo estigmatizada tanto pela família como por seu próprio grupo social, ou mesmo pelo hospital/maternidade em que procura por atendimento em momentos de maior aflição. Segundo Kumar *et al.* (*apud* DE ZORDO 2012, p. 1750) abortar é a revelação manifesta que nem todas as sujeitas "tem aquele 'instinto maternal' que as levaria a cuidar dos seres sociais mais vulneráveis" [...] "que a maternidade não é sempre central na vida de uma mulher e que a sexualidade feminina não é sempre finalizada à reprodução".

Em que pese tal afirmativa - com a qual concordamos - faz-se importante lembrar que algumas dessas sujeitas idealizam igualmente a reprodução, mesmo tendo recorrido em

determinados momentos de suas vidas ao aborto. Interromper uma gestação não significa, pura e simplesmente, não desejar a maternidade, tal como percebemos em nossa pesquisa. Deve-se levar em consideração que o grau de complexidade no processo é bastante heterogêneo e não se limita a ter ou não "um instinto materno" ou a ser "contra ou a favor" desse ato. Como destaca o pesquisador e ginecologista Anibal Faúndes (2016, p. 20; 27): "A mulher que faz aborto não é favorável a ele, mas o vê como solução. [...] Ser a favor ou contra é um falso dilema".

De qualquer modo, interromper uma gravidez é sempre um ato de coragem e de ousadia, embora não seja assim compreendido pela grande maioria das/dos mediadoras/es em saúde (PORTO, 2009; DE ZORDO, 2012, dentre outras).

Neste sentido, há de se compreender, primeiramente, que boa parte dos profissionais de saúde, particularmente no Rio Grande do Norte, vive em situação de estresse permanente por conta da má administração política, suportando todo tipo de precariedade, de assédio moral e de limitações laborais aliadas à falta de pessoal e de estrutura nestas organizações hospitalares. Em nosso lócus de pesquisa, observamos a extrema precariedade de tais instituições: os pacientes vivem amontoados e expostos pelos corredores em macas ou em cadeiras, seus acompanhantes dormem no chão, faltam leitos nas Unidades de Terapia Intensiva, sem falar na falta de higiene constante, dentre outros fatores decorrentes de absoluto descaso político-social. Consequentemente, mortes diárias ocorrem por conta dessa defasagem e negligência.

Além disso, chama atenção as circunstâncias das mulheres que necessitam das maternidades, seja para realizar o parto, seja para outras complicações decorrentes de sua saúde reprodutiva – abortos espontâneos, inseguros, curetagens etc. Muitas mulheres em trabalho de parto são deslocadas de uma maternidade para outra à procura de um leito, sendo que algumas acabam dando à luz nos corredores das maternidades, para o espanto

dessas mesmas gestantes e de seus/suas acompanhantes. E na falta de privacidade nesse trajeto insalubre, algumas vêm a óbito, assim como também pode ocorrer o óbito de seus bebês.

Diante do caos laboral e de tais "políticas de vida" (FASSIN, 2007), as quais delineiam estruturas e, consequentemente, perpassam pelos profissionais de saúde, soma-se a este cenário o conservadorismo local, o despreparo, os juízos de valor, as questões morais ou de foro íntimo, muitas vezes fixadas por pressupostos religiosos que acompanham estes/as profissionais e as/os influenciam enquanto mediadores/as – embora tais pressupostos, sob nosso ponto de vista, não justifiquem os maus-tratos e o preconceito para com as mulheres que abortam. Estes realizam suas ações e agem conforme sua agência pessoal, religiosa ou moral em relação às essas trajetórias abortivas. Abortar, para a maioria das/dos profissionais, é condenar sujeitas/os de direito (LUNA, 2013) à morte e não à vida[107].

Como destaca Dantas Sousa e Porto (2013), tais imposições se materializam subjetivamente em suas ações e representações durante as triagens de "urgência" e "emergência" nestes estabelecimentos, contribuindo negativamente para o atendimento das demandas existentes. Conforme observado, esse quadro, com os problemas de ordem estrutural crônicos das unidades de saúde pesquisadas, acaba por fazer com que os profissionais passem por situações complicadas para conseguirem atender as demandas existentes, já estando inclinados por diversos fatores a ver a questão do aborto com certa rejeição. Tendem a dar uma atenção aquém do ideal para as mulheres que chegam à triagem com abortamentos, especialmente se desconfiam que o aborto foi provocado. Tudo indica, pois, que este caso será categorizado como "pouco urgente", sendo que as mulheres serão

107 Observe-se que especialmente na administração de cuidados relativos aos atendimentos, o feto, nessa perspectiva, passa também a ser paciente – além da mulher, ou mais do que a mulher –, segundo chamam atenção Lauren Fink et al. (2016).

negligenciadas, passando por estados de saúde complicados e por longuíssimas horas de espera para obterem atendimento.

Nossas interlocutoras, Ester e Josiane, figuram neste cenário como protagonistas em tais ocorrências, ao iniciarem o aborto em casa com cápsulas de Cytotec® – misturadas a outras substâncias –, seguindo posteriormente às maternidades para finalizarem o procedimento. As duas nos contam que esperaram muitas horas para serem atendidas:

> O carinha me deixou na porta da maternidade. Fui sozinha... Quando fui atendida, um tempão depois, acho que 6 horas... não consegui esconder que tinha usado... (o cytotec). Naquela altura eu só queria que alguém me atendesse... a enfermeira foi grosseira, disse que eu teria que esperar mais um tempo porque tinha que ter uma ultra... comprovar que o ... (feto) tava morto mesmo... disse daí pra outra que estava com ela que eu era mais uma que tinha tirado o filho... aquilo me deixou péssima e mais nervosa. Dali mais umas duas horas fiz a ultra e me internaram. Fizeram curetagem, esperei um tempo e mandaram embora... (ESTER).

> Sangrava muito e me mandaram fazer uma ultra. Só que pra isso tive que ir noutro lugar que não no hospital porque, depois de eu estar ali durante uma eternidade, me disseram que o aparelho estava quebrado. Sorte que estava com minha irmã e ela tinha o dinheiro. Fiz a ultra, voltei na maternidade, esperei mais umas quatro horas para daí me fazerem a curetagem... (JOSIANE).

Ester, para além de todo o processo que envolve esses itinerários abortivos, ainda contraiu infecção por conta de uma curetagem malfeita:

> Depois da curetagem fui pra casa e fiquei muitos dias com hemorragia pós-aborto. Tive febre... Voltei e percebi que a hemorragia foi por conta da curetagem, que foi mal feita e

> tive de refazer e ficar internada um tempo tomando antibióticos por causa da infecção. Passei um tempo sem trabalhar, sem ir pra aula por causa dos efeitos do antibiótico. Foi um castigo! (ESTER).

Os conteúdos impressos nessas narrativas representam ser, por conseguinte, pontos fulcrais relativos a episódios que se iniciam na clandestinidade e finalizam-se em hospitais/maternidades: sem dúvida, o Cytotec®, quando mal administrado e/ou misturado a outras substâncias, pode causar danos à saúde das mulheres, porém, não mais do que curetagens malconduzidas. Segundo a médica ginecologista anteriormente citada, as curetagens, quando não são bem-feitas, trazem danos por vezes irreversíveis à saúde reprodutiva das mulheres: quadros infecciosos, laceração do colo do útero, hemorragia, esterilidade, morte. Sem falar na parte psicológica que as afeta por vários ângulos, a exemplo das longas horas de espera, de exames (ultrassonografias) incluídos nesses itinerários abortivos e da moralidade indisfarçadamente envolvida em juízos de valor.

Sob nosso ponto de vista, esse tipo de atendimento que negligencia as mulheres à sua própria sorte, enquadra-se efetivamente no que a socióloga Sonia Hotimsky (2014) chama de violência institucional em saúde reprodutiva. A autora observa que além das longas horas de espera, a violência verbal – acusações, juízos de valor, ameaças – e a violência física – omissão de analgesias ou procedimentos cirúrgicos como a curetagem – se revelam numa polaridade entre poderes que se distingue, conforme designam Simone Diniz e Ana Flavia D'Oliveira (1998), como uma violência de gênero, uma vez direcionada à sexualidade das mulheres e às questões de saúde reprodutiva. Observa que a negligência se manifesta quando a internação é negada e o atendimento é relegado a horas de espera, fato também verificado em outros estudos realizados no país (AQUINO *et al.*, 2012; DE ZORDO, 2012; DANTAS SOUSA; PORTO, 2013).

Chama atenção em sua pesquisa que a utilização da curetagem em lugar da AMIU[108] se converte em uma forma de violência física, uma vez que relega as mulheres a riscos que poderiam ser evitados. Tal atitude, analisa Hotimsky (2014), segue-se pela acepção de que as mulheres são pecadoras e devem ser punidas por não estarem cumprindo com sua função reprodutiva, ratificando assim a postura moral e ultrapassada dos fundamentos científicos clássicos relacionados à saúde das mulheres, advindos do século XIX.

E nosso estudo, como apresentado, aponta na mesma direção. Casos em que o procedimento correto seria a AMIU, a exemplo das ocorrências de Ester e de Josiane, são substituídos por curetagens, e a medicação analgésica por algumas vezes não é administrada como preconiza a Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2005a; 2005b). Observa-se, assim, que os cuidados pós-aborto inseguro continuam a ser gravemente limitados pelas deficiências do sistema público de saúde e pela falta de acesso a este.

A violência institucional ainda se destaca em nossa pesquisa, conforme observa Mayra Balza (2015, p. 20), no que diz respeito à peregrinação destas mulheres à procura de internamento. Balza observa que:

> A qualidade dos cuidados disponíveis e a forma com que são ministrados causam transtornos e sofrimentos às pacientes, além de ameaçar sua saúde. [...] Iniciando desde a peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com a postergação do atendimento na unidade de saúde que prioriza os partos, com diferentes discursos e práticas dos profissionais que trazem

108 Sigla para Aspiração Manual Intra Uterina, procedimento de sucção de resíduos do colo uterino através de um tubo de coleta introduzido no canal vaginal, que vem substituindo a tradicional curetagem. Por ser menos agressivo à cavidade do útero e por não necessitar de anestesia, é recomendado largamente em casos de aborto em tempo inferior a 12 semanas.

> à tona a negação do exercício dos direitos reprodutivos das mulheres e pelo abuso de poder por parte destes mesmos profissionais de saúde (BALZA, 2015).

Sendo que o papel de tais profissionais, complementando a autora, deveria ser o de socorro e acolhimento às mulheres que necessitam prioritariamente destes cuidados. Do mesmo modo, calcula-se que se há tanta rejeição ao aborto nas unidades de saúde pública, é de se concluir que as mulheres que se submeterem a um aborto inseguro possivelmente possam postergar a procura de cuidados por medo de um processo criminal ou mesmo de constrangimentos morais, colocando desta forma as suas vidas em risco. Segundo Hotimsky (2014), tal mecanismo implica em omissão de socorro, o que viola tanto a Constituição Federal como o próprio Código de Ética Médica.

Josiane e Ester ainda nos relatam como foram constantes, por parte dessas/es mediadoras/es, afirmações baseadas abertamente em pressupostos religiosos:

> Quando estava esperando para ser atendida, vi umas enfermeiras, não sei se era, ou técnica, não sei, falar pra minha irmã: "vocês não sabem que aborto é crime? Que é pecado"? minha irmã queria morrer e eu junto... a culpa era minha e não dela... fiquei com medo e culpa. Mas o que que eu ia fazer? (JOSIANE).

> No momento em que fui atendida e a mulher sacou o que havia acontecido, ela disse pra mim: "Sabia que você está interrompendo uma vida humana? Você está tirando a oportunidade desse ser humano nascer, sabia? Dele ter uma vivência?" Foi muito doloroso ouvir aquilo. Não pratico nenhuma religião, mas... Fiquei muito mal... (ESTER).

Os comentários destas profissionais refletem aspectos conservadores a respeito da sociedade local, que revelam uma "cultura religiosa" (PORTO, 2009, p. 152), ademais patriarcal, que limita, não obstante, as ações e reações de agenciamento das mulheres que abortam, e aqui, particularmente, de nossas interlocutoras (ORTNER, 1996).

Categorias como "vida", "vida humana" ou "vivência" nos informam valores das representações destas/es mediadoras/es em saúde, nos fazendo perceber que as questões em torno da religião são, diante das normativas sociais, estipuladas por uma cultura impregnada por uma "religião de salvação", sendo que algumas normas estabelecidas passam efetivamente a ser consideradas como "violação da vontade divina" (FREUND, 2000).

Neste sentido, é interessante apreender como, num ambiente muitas vezes pensado como eminentemente biomédico (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005), afloram determinadas motivações religiosas em torno do aborto, como os exemplos aqui apresentados. Há de maneira geral um discurso moralista encoberto pela religião, que expõe as mulheres como irresponsáveis, débeis ou criminosas, refletindo nitidamente a falta de reconhecimento por parte desses mediadores formais sobre a autonomia reprodutiva das mulheres. Poucos são os profissionais que se revelam compreensivos, tampouco aceitam o fato dessas sujeitas em determinados momentos de suas vidas recorrerem a um aborto, realizando, assim, uma mediação interventiva imparcial. Ao contrário, moralidade e religião acabam por influenciar a prática desses/as mediadores/as, os/as quais acabam por não priorizar o bem-estar dessas sujeitas, tampouco a qualidade de tais relações entre estas/es e as usuárias dos serviços.

Conclusão

O texto traz uma reflexão sobre a maneira pela qual sujeitas/os reconhecidas/os como agentes mediadores, formais e informais, interferem em itinerários abortivos realizados por mulheres em abortos inseguros. Nele, analisamos alguns relatos e experiências vividas por duas mulheres que interromperam a gravidez, finalizando os procedimentos em hospitais/maternidades. Estas iniciaram o abortamento em locais não hospitalares com comprimidos de Misoprostol/Cytotec® revendidos por diferentes agentes mediadores no "mercado paralelo", por vezes misturados a outras substâncias. Tais relatos, amiúde, acionam elementos comuns e bastante significativos para análise.

Num primeiro momento, chama atenção o longo e depreciativo processo pelo qual passam as mulheres nesses itinerários abortivos, o qual poderia ser evitado se não fosse o descaso e a negligência do Estado. Essa instituição, quando não proporciona às/aos cidadãs/os serviços públicos de forma apropriada, acaba por produzir, conforme observa Silvia Portugal (2007), desigualdades e conflitos, abrindo caminho para a ação de redes sociais, as quais incluem diferentes saberes que se revelam a partir de uma heterogeneidade de agentes mediadores. Segundo Portugal:

> A análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade. As deficiências da provisão de cuidados públicos são colmatadas pelas relações informais (PORTUGAL, 2005, p. 21).

Nos casos aqui analisados, as mediações informais passam a ordenar o campo de possibilidades dessas sujeitas que buscam soluções para uma gravidez não planejada, as quais, parafraseando Herzfeld (2005), improvisam, tentam dar um jeito ou simplesmente aguentam esse tipo de situação, efetivamente negligenciada pelo Estado.

Uma vez proibido pelo CPB, o aborto encaminha-se para a clandestinidade e aproxima-se, muitas vezes, de um "mercado paralelo" que comporta transações ilícitas junto ao tráfico de drogas (DINIZ; MEDEIROS, 2012; HEILBORN, 2012; ARRILHA, 2012). Além disso, estas mulheres acercam-se de outros tipos de "medicamentos populares", os quais ingeridos juntos e/ou equivocadamente ao Cytotec podem causar danos à saúde, colocando inclusive suas vidas em risco (MOTTA, 2013; PORTO; GALVÃO, 2014).

Conforme observado, a maioria dessas mulheres, ao utilizar tal medicamento, adentra no atendimento hospitalar, finalizando o abortamento em hospitais/maternidades, como bem demonstra a literatura sobre o tema (TORNQUIST *et al.*; DINIZ; MEDEIROS, 2012; HEILBORN, 2012; DANTAS SOUSA; PORTO, 2013). Nesse processo, saberes e práticas se entrelaçam ou mesmo mudam de perspectiva; quando então em ambientes hospitalares, essas sujeitas são atendidas por agentes mediadores formais em processos que, do mesmo modo que os anteriores, entremeiam relações de poder hierárquicas e desiguais.

Observamos, a princípio, que há um problema estrutural que se inicia no bojo de articulações políticas que esbarram em burocracias, em repasses financeiros equivocados, gerando, efetivamente, problemas na administração dessas instituições. Dificuldades que se refletem negativamente sobre aqueles que estão na ponta dos atendimentos públicos, a exemplo desses mediadores formais em saúde – médicas, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, técnicas de enfermagem, dentre outras –, assim como se reflete na própria infraestrutura destes estabelecimentos.

Tudo isso gera mal-estar e complica a relação entre profissionais e usuárias, principalmente nos atendimentos às mulheres que chegam com suspeita de aborto inseguro. Essas mulheres passam por triagens subjetivas no que diz respeito aos atendimentos médicos de urgências e emergências, que na realidade em nada garantem a objetividade e a técnica médica (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 27-28). Observamos que a triagem, nesse aspecto, não é imparcial. Mulheres com suspeita de aborto inseguro já em estado de saúde complicado passam por longas horas de espera no aguardo de atendimento. O AMIU muitas vezes é substituído pela curetagem, sendo que esta última, quando mal administrada, pode causar ruptura do útero, hemorragias, esterilidade e até mesmo a morte. Negligência a ser considerada como uma violência institucional (HOTIMSKY, 2014; BALZA, 2015) e/ou, do mesmo modo, como uma violência de gênero em saúde reprodutiva (DINIZ; D'OLIVEIRA, 1998).

Há, sem dúvida, uma heterogeneidade de posicionamentos entre esses mediadores em saúde, sendo que alguns aderem a um atendimento humanizado, acolhendo estas sujeitas como cidadãs. Contudo, boa parte deles não admite o aborto por assumirem representações muitas vezes "disfarçadas" sob a égide da religião, da moral ou da ética em detrimento dos direitos humanos e da saúde reprodutiva das mulheres.

Com efeito, parece existir um *habitus* religioso (BOURDIEU, 1989) na sociedade potiguar, e a ideia de pecado ainda parece atravessar a consciência destas/es profissionais e, do mesmo modo, de nossas interlocutoras. Conforme afirma Max Weber (1992), motivações psicológicas podem ter sua origem nas crenças e/ou nas práticas religiosas, as quais podem conduzir, determinar ou estimular os sujeitos em suas ações.

Todavia, existem profissionais, conforme conferimos em nossa pesquisa, que se utilizam da religião e de outros

subterfúgios, para, em sua defesa, acionarem a objeção de consciência[109], protocolo que acaba por se tornar um poder simbólico[110] nas mãos destes mediadores em saúde. Com tal iniciativa, muitos deixam de prestar atendimento às mulheres ao desconfiarem ou ao confirmarem que essa ocorrência se trata de um aborto inseguro, lembrando que tal protocolo é largamente acionado em ocorrências de aborto legal (PORTO, 2008; 2009; DINIZ, 2011).

Por fim, a análise de tais itinerários abortivos nos revela a conduta de uma sociedade conservadora diante de circunstâncias que entremeiam relações de poder, de gênero e de saúde. Frente ao impasse religioso, ético ou moral encabeçado por leis restritivas, esse corpo social com perspectivas homogêneas e transcendentais relega as mulheres à sua própria sorte. Destino que as coloca diante de uma série de agentes mediadores/as informais que, para o bem ou para o mal, passam a fazer parte do cenário e da vivência das políticas de saúde, especialmente diante do descaso e da negligência do Estado. Assim, o cenário que expõem as relações dessas sujeitas com as/os mediadores formais em saúde pública aponta para a necessidade de um remanejamento de atitudes e saberes destes agentes, que contemple, desse modo, uma política de redução de danos em respeito aos direitos reprodutivos das mulheres e de sua cidadania.

---

109 É considerado como objetor de consciência quem, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem específica por considerar que atenta contra a vida, a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Penal (Disponível em: <http://www.aborto.com/objeccao.htm>. Acesso em 26 ago. 2017).

110 O poder simbólico, para Bourdieu (1989, p. 15), é um "poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder".

Referências

AQUINO, E. M. L. *et al*. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?.. *Revista ciência e saúde coletiva* [online], v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.

AQUINO, E. M. Entrevista do Mês. Agosto, 2016. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/>. Acesso em: 07/08/2016.

AREND, S. F.; ASSIS, G. de O.; MOTTA, F. de M. Não conta pra ninguém: o aborto segundo as mulheres de uma comunidade popular urbana. In: _____ (Org.). *Aborto e Contracepção*: histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012. p. 97-136.

ARRILHA, M. M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

BADINTER, E. *Um amor conquistado*: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

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

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Presidência da República. *Código Penal*. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em 26 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento*: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: _____. *O trabalho do antropólogo.* 2. ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2000.

CARDOZO, F. Performatividades de gênero, performatividades de parentesco: notas de um estudo com travestis e suas famílias na cidade de Florianópolis/SC. In: GROSSI, M.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (Org.). *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007

CORRÊA, M.; MASTRELLA, M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1777-1784, 2012.

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

DE ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Revista Ciência e saúde coletiva* [online], v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.

DELMANTO, C. (Org.). *Código Penal Comentado*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1988. 389 p.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

DINIZ, D.; RIBEIRO, D. C. *Aborto por anomalia fetal*. Brasília: Letras Livres, 2003. 152 p.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 5, p. 981-985, 2011.

DINIZ, S.; D'OLIVEIRA, A. F. Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 63, n. 1, p. 533-542, 1998.

D'OLIVEIRA, A. F. P.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 11, p. 1681-5, 2002.

DREZETT, J.; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012.

FASSIN, D. Humanitarianism as a Politics of Life. *Public Culture,* v. 19, n. 3, p. 499-520, 2007.

FAUNDES, Anibal. O homem que aprendeu a enxergar as mulheres. 2016. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2016/07/022-029_Entrevista_245.pdf>. Acesso em: 18 de set. 2016.

FINK, L. R. *et al*. "The Fetus Is My Patient, Too": Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá, Colombia. *International Perspectives On Sexual And Reproductive Health*: A journal of peer-reviewed research, 2016.

FLEISCHER, S. R. Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012.

FREUND, J. *Sociologia de Max Weber*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

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

HERZFELD, M. Political optics and the occlusion of intimate knowledge. *American Anthropologist*, Arlington, v. 107, n. 3, p. 369-376, 2005.

HEILBORN, M. L. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012.

HOTIMSKY, S. O impacto da criminalização do aborto na formação médica em obstetrícia. In: MINELLA, L. S.; ASSIS G. O.; FUNCK, S. B. (Org.). *Políticas e fronteiras*. Tubarão: Ed. Copiart, 2014.

KUMAR, A.; HESSINI, L.; MITCHELL, E. M. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health &Sexuality*, v. 11, n. 6, p. 625-639, 2009.

LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E.A. (Org.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LUNA, N. *Aborto e células-tronco embrionárias no senado: choque de moralidades sobre a gestão da vida*. Trabalho apresentando no ST Sociologia e Antropologia da Moral na 37° encontro anual da ANPOCS, 2013. Não publicado.

MARIANI NETO, C. *et al*. Uso do misoprostol para indução do parto com feto morto. *Revista Paulista de Medicina,* São Paulo, v. 105, p. 325-328, 1987.

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

MELHUS, M. Una Verguenza para el honor, una verguenza para el sufrimiento. In: PALMA, M. (Org.) *Simbólica de La Feminilidad*. Quito: Ed. Abya-yala, 1990. p. 39-72.

MOTTA, F. M. *et al*. Não me sinto culpada: práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos. In: RIAL, C.; PEDRO, J.; AREND, S. M. F. (Org.). *Diversidades*: dimensões de gênero e sexualidade. Florianópolis: Editora Mulheres, 2010. p. 01-427.

MOTTA, FLÁVIA DE MATTOS; ARAÚJO SILVA, Angela de. Vida interrompida: Aborto e espiritismo nas representações de mulheres de grupos populares. *Bagoas Estudos gays*: gêneros e sexualidades, v. 7, p. 109-131, 2013.

O MISOPROSTOL. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/Prot_misoprostol_2005.pdf>. Acesso em: 12 agos. 2009.

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

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

PIMENTEL, S.; VILLELA, W. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. *Cienc. Cult*., São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009=67252012000200010-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em: 11 ago. 2016.

PORTO, R. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 661-666, 2008.

PORTO, R. *Aborto legal e o cultivo ao segredo*: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

PORTO, R. *Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no RN*. Relatório de Pesquisa, 2012. Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 - 2012.

PORTO, R. Desafios e avanços sobre o aborto no Brasil e na América Latina. In: MINELLA, L. S.; ASSIS, G. O.; FUNCK, S. B. (Org.). *Políticas e fronteiras.* Tubarão: Ed. Copiart, 2014a.

PORTO, R. *Gravidez e relações violentas*: representações da violência doméstica no município de Lages-SC. Natal: EDUFRN, 2014b.

PORTO, R.; GALVÃO, F. D. Aborto não, chá pra fazer descer!: interstícios da medicina popular na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em Caicó/ RN. In: RBA – REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 29, 2014, Natal. *Anais...* Natal: UFRN, 2014.

PORTO, R.; SOUSA, C. H. Percorrendo os caminhos da angústia: Cytotec e os itinerários abortivos em uma capital do Nordeste brasileiro. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 2, 2017.

PORTUGAL, S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina do CES*, Coimbra, n. 271, mar. 2007.

PORTUGAL, S.; MARTINS, P. H. *Cidadania, políticas públicas e redes sociais*. Coimbra: Editora Coimbra, 2011.

ROSTAGNOL, S. Te doy, pero no tanto. Te saco, pero algo te dejo: la historia del aborto en Uruguay. In: MINELLA, L. S.; ASSIS, G. O.; FUNCK, S. B. (Org.). *Políticas e fronteiras.* Tubarão: Ed. Copiart, 2014.

TUSSI, F. P. *Aborto vivido, aborto pensado: aborto punido?* As (inter) faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TORNQUIST, C. S.; MIGUEL, D. S.; PORTO, R. Receitas, Filhos e Injeções: sexualidade e contracepção em uma unidade de saúde. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. O.; MOTTA, F. M. (Org.). *Aborto e Contracepção*: histórias que ninguém conta. Florianópolis: Editora Insular, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneve: World Health Organization, 1998.

VELHO, G. Metrópole, Cosmopolitismo e Mediação. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 15-23, jan./jun. 2010.

VELHO, G. *Projeto e metamorfose*: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 7. ed. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1992.

ZORZETTO, R. Anibal Faúndes: O homem que aprendeu a enxergar as mulheres. *Pesquisa Fapesp*, n. 245, jul. 2016. Disponível em:<http://revistapesquisa.fapesp.br/2016/07/14/anibal-faundes-o-homem-que-aprendeu-a-enxergar-as-mulheres>. Acesso em: 23/08/2016.

PARTE III

Mediações em distintos campos de articulação

CAPÍTULO 9
SAÚDE INDÍGENA NO NORDESTE:
COMPREENSÕES E PERSPECTIVAS SOBRE MEDIAÇÃO E DILEMAS DA INTERCULTURALIDADE

Rita de Cássia Neves

Como o poder e a autoridade são acionados pelos indivíduos nas ações estabelecidas dentro de um grupo social ou entre esse grupo e o Estado que atua através políticas públicas? Essa questão tem me acompanhado desde a minha tese de doutorado entre os índios Xukuru do Ororubá e, posteriormente, através de pesquisas no campo da saúde entre os povos indígenas no Nordeste do Brasil. Este texto, portanto, tem por objetivo discutir os dilemas da mediação, da interculturalidade e as articulações no campo da saúde indígena.

Primeiramente é necessário pensar sobre como o conceito de mediação é tratado na Antropologia. Mediação é um conceito amplo que no Brasil foi problematizado por vários autores, entre eles Gilberto Velho que, em algumas de suas obras, discutiu a questão em profundidade (VELHO, 1994; 2001). Velho conceituou o termo como um "papel desempenhado por indivíduos que são intérpretes e transitam entre diferentes segmentos e domínios sociais" (VELHO, 1994, p. 81). Além disso, afirmou que há dois tipos de mediações: a chamada mediação tradicional, em que se

mantém o *status quo* e uma dimensão mais dinâmica, em que a noção de liberdade atua mais intensamente. O que perceberemos mais adiante é que essas duas noções são caminhos metodológicos usados pelo autor para melhor compreender o tema e que, na prática, não se encontram plenamente separadas, mas se entrecruzam e, muitas vezes, o que se inicia como uma mediação tradicional se transforma ao longo do tempo em uma mediação mais dinâmica e transformadora. Através do campo etnográfico, portanto, é possível discutir e questionar o ideário da mediação como sinônimo de puro intérprete entre dois "mundos".

No campo específico da etnologia indígena, em que a mediação cultural há muito é princípio teórico, principalmente quando tratada a partir da relação entre índios e não índios, vários historiadores e antropólogos brasileiros também discutiram a mediação cultural a partir dessa relação. Não cabe aqui apresentar a extensa lista de etnólogos que trataram do tema específico da mediação cultural, mas tomando dois autores brasileiros contemporâneos poderemos pensar a mediação quando relacionada com o tema da saúde entre os povos indígenas a partir de dois aspectos: com ênfase nas relações de poder e na relação desses povos com o Estado; e outro com uma ótica mais voltada às relações interculturais e simbólicas.

O primeiro autor é Souza Lima (1995) que ao discutir a relação entre os povos indígenas e o Estado Nacional, trata a ideia de mediação como princípio que também possibilita questionar as noções de cidadania, tutela e nação quando aplicada aos povos indígenas, além de pensar a forma como o Estado atua como mecanismo de poder e autoridade. Nessa acepção, Souza Lima (2002), em "Gestar e Gerir", aponta para as duas dimensões da relação dialética entre o Estado e as populações indígenas, através de nuances nos exercícios de poder, em que as intervenções do Estado gestam, "ensinam a ser", por um lado e, ao mesmo tempo, passam a gerir e estatizar funções em aparelhos de governo.

Nessa mesma linha, mas em outra direção, Paula Montero (2006) discute a mediação considerando-a especificamente como mediação cultural, tendo por objeto, ao invés do Estado, as relações interculturais entre índios e missionários cristãos no processo de colonização. Afirma a mediação como um "processo (material e simbólico) de incorporação de relações mais ou menos locais a relações globais" (MONTERO, 2006, p. 50). É preciso, diz a autora, pensar como a mediação realiza as passagens no plano das trocas, das relações de alteridade, meios de resistência, entre outros.

Quando transpomos essa discussão sobre mediação para o campo da saúde indígena e inspirada por esses autores, podemos falar também a partir de dois grandes eixos. O primeiro, na direção mais próxima de Souza Lima, da relação dos povos indígenas com o Estado, prefigurado através do Sistema Único de Saúde (SUS), e os níveis de participação concebidos, segundo os documentos de que trata o assunto, como "Participação Indígena" e "Controle Social". O segundo eixo, mais próximo da discussão de Montero, pode ser pensado a partir da relação entre os profissionais de saúde (índios e não índios) e a população por eles assistida. Apesar de metodologicamente apresentar em separado essas duas dimensões, elas devem ser vistas como inter-relacionadas, na medida em que esses profissionais de saúde são "gestados" e "geridos" pelo Estado. Parafraseando Velho (2001), a proposta nesse texto é tomar esses dois eixos articuladores da discussão e os relacionar com as duas dimensões da mediação (a que mantém o *status quo* e a que o transforma) no campo da saúde indígena.

Políticas de Saúde e Participação Social Indígena

O primeiro eixo de análise trata do significado de "participação social" na relação entre o Estado e os povos indígenas. Tanto um quanto o outro concebem diferentes significados para

o mesmo conceito, principalmente no sentido da atuação do Estado com vistas à participação indígena nas várias instâncias, no campo da saúde pública.

O Estado, desde seu desenvolvimento inicial, sempre se apoiou no uso da força, através do poder da polícia, do exército e das penalidades legais impostas para quem não cumpre as leis determinadas juridicamente. É considerado de "competência" do Estado o uso da força. Contudo, como sabemos, no Estado Democrático de Direito as intervenções não devem ser em favor de quem ocupa o poder (monarcas, presidentes, governadores etc.), mas em favor de uma democracia que assegure, por igual, a autonomia de todos os cidadãos. A questão que se apresenta é como incluir uma política diferenciada para índios, quilombolas e demais grupos étnicos no seio de um Estado pensado a partir de uma ideologia atrelada ao individualismo e à universalidade de direitos?

A base dessa questão se dá na forma inquietante de um Estado esquizofrênico, dividido entre direitos coletivos e individuais. Diante desse dilema, como pensar políticas públicas diferenciadas no seio de um "Sistema Único de Saúde"? A legislação que dá suporte à saúde indígena aponta que a dimensão intercultural na saúde representa um elemento central para poder acionar ações diferenciadas. Por esse motivo, a interculturalidade passou a fornecer a sustentação conceitual de todo o subsistema de atenção à saúde indígena. No entanto, como categoria de análise, a interculturalidade foi se constituindo na prática como uma categoria polissêmica, o que significa que só é possível pensar esse conceito a partir das experiências com sua aplicação prática no âmbito da saúde indígena. É justamente por essa ambiguidade, que Langdon (2004) e Fóller (2004) preferem usar o termo "zona de contato", por acreditarem que este é mais preciso e considera de forma mais clara os campos de poderes assimétricos; enquanto interculturalidade, na acepção das duas autoras, está atrelado ao conceito problemático de

multiculturalismo. Mesmo assim, nos documentos ou no cotidiano das ações de saúde, é a interculturalidade que é acionado como princípio que rege esse campo intersocietário.

Em teoria, o conceito de interculturalidade, que começou a ser utilizado com frequência no último quartel do século XX, possui relação direta com as discussões sobre o reconhecimento da sociedade como pluricultural, princípio constitucional adotado em 1988 no Brasil. Dessa forma, a proposta intercultural, segundo Ozório (2005), deve se preocupar com as contradições, tensões, conflitos, mas também com o que se tem em comum enquanto *práxis*, diferente de multiculturalismo, que apenas reconhece a diversidade.

Outras realidades, para além do caso brasileiro, também apontam para as vicissitudes que o conceito adquire ao ser acionado no campo da saúde. Boccara (2015), ao tratar da questão da interculturalidade no Chile, apresenta o que denomina de "campo etnoburocrático intercultural", em que o Estado, ao invés de adotar uma perspectiva relacional com as populações indígenas, utiliza do conceito de interculturalidade como base do discurso cultural e político dominante. Nesse campo, o conceito de interculturalidade assume perspectivas opostas: do lado dos dirigentes e líderes indígenas, é concebida como *práxis* política em oposição aos agentes estatais que pensam a interculturalidade como um espaço neutro de comunicação entre culturas.

No Brasil, após mais de 14 anos de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foi criada em 2010 a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Apesar do pouco tempo, podemos perceber claramente as dificuldades encontradas para lidar com o binômio universalismo x particularismo como apresentado acima e, em consequência, com as relações interculturais estabelecidas nesse processo. Se, por um lado, toda a orientação da SESAI é no sentido de considerar formas diversas de participação social, afinal essa secretaria

foi criada para lidar com grupos étnicos diferenciados; por outro, o que temos observado são as dificuldades práticas para se acionar relações interculturais que não estejam baseadas em participação meramente burocrática e operacionalizada nos âmbitos estatais.

Quando falo em participação burocrática quero falar das contradições que o termo "participação" também suscita. Do lado do gestor, participação pode significar ter cotas e se fazer presente em assembleias, distritos, conferências ou levantar a mão para votar em questões previamente definidas. Ou seja, para o gestor, o simples ato de estar presente e votar significa que a participação social está assegurada, cumprindo dessa forma dois princípios fundamentais do subsistema de saúde indígena: interculturalidade e controle social. Da perspectiva indígena, ator social do processo, participação pode significar mais do que votar, pode significar poder de veto, de alterar e, principalmente, não se deixar cooptar pela função de gestor. Ou seja, nesse universo, a retórica da mediação é ambivalente e tensa.

Como caso ilustrativo dessa tensão, podemos pensar na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), ocorrida em Brasília, de 2 a 6 de dezembro de 2013. Em março de 2014, a Revista *Radis*, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em seu número 138, pediu para que Paulo Basta, Ana Lúcia Pontes e Maurício Leite, que participaram da conferência como delegados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), fizessem um relato avaliativo. O interessante, ao ler as três análises, é que apesar de colocarem como ponto positivo da conferência a presença em massa das populações indígenas, todos os três delegados insistiram em pontos negativos que se combinaram, que foi o fato da conferência não possibilitar o debate em plenária e a ampla discussão de temas importantes para as novas diretrizes da saúde indígena:

> A sensação é que não houve efetiva abertura para o diálogo, mas um exercício retórico que limitava a participação. Veja o episódio do protesto da delegação de Mato Grosso na abertura do evento. Embora aplaudidos pela plateia, eles foram solenemente ignorados pelas autoridades que continuaram com o protocolo sem interromper seus discursos ou fazer qualquer menção ao que estava acontecendo. [...] aquele episódio foi a metáfora da invisibilidade indígena no nosso país (LEITE, Maurício, USFC/DELEGADO ABRASCO, 2014).

> É importante o que aconteceu? [a 5ª CNSI] É. Mas aconteceu de maneira a parecer a festa da democracia, aparentando consensos entre setores e temáticas, que sabemos que não existem. As questões não foram amadurecidas como deveriam. Tive a sensação de estar em um congresso onde os palestrantes iam tratar dos temas, mas falavam de forma ampla, fora de contexto, sem esclarecer as questões e os problemas estruturais que as propostas traziam em suas formulações. (PONTES, Ana Lúcia, ESPJV/Fiocruz/DELEGADA ABRASCO, 2014).

> Penso que houve um ponto muito limitador dos debates que acabou engessando a conferência. O debate até transcorreu nos grupos temáticos. Mas, pelo regimento, não era possível acrescentar nada ou fazer qualquer contribuição adicional na elaboração das propostas. A proposta que veio da base passava integralmente ou passava com supressão ou era excluída. No grupo de que participei, por exemplo, várias propostas foram debatidas, mas não chegaram a ir para a plenária final. Ou seja, na plenária final, que deveria ser o auge de uma conferência, onde se faz um debate amplo, esse debate simplesmente não houve (BASTA, Paulo, ENSP/Fiocruz/DELEGADO ABRASCO, 2014).

Essas três falas são emblemáticas da discussão que estamos fazendo aqui. Temos uma conferência, com presença massiva de delegados indígenas e não indígenas (cerca de 1209 delegados), com o tema central intitulado "Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS (SasiSUS): direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada", e cujo objetivo geral era o de aprovar diretrizes para as políticas de saúde a serem executadas nas aldeias. Ao

final da mesma, sem negar sua importância e os seus resultados, como afirmado pelos analistas, o que se percebeu é que foram eleitas várias propostas incompatíveis entre si e, mais que isso, o que podemos chamar de participação democrática, já que é uma conferência consultiva, esbarrou na burocracia e, principalmente, reproduziu a falsa ideia de participação social e controle popular.

Para não ficar apenas com o exemplo da Conferência, da qual não participei, adianto outro caso que também pode ajudar a pensar a dificuldade no campo da mediação cultural e, principalmente, nas relações de interculturalidade e nas políticas públicas adotadas nesse campo específico.

Em 2013, fui convidada a participar como "especialista" (essa era uma das categorias, além de gestores/profissionais e sociedade civil) da "1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde", que ocorreu de 2 a 4 de setembro, em Recife-PE. Como há muito tempo eu não participava de um evento apenas para observar, sem apresentar trabalho, achei meu papel interessante e resolvi fazer um diário de campo do evento, em especial da fala dos palestrantes. A conferência foi organizada para que em cada mesa temática houvesse um representante da sociedade civil, de algum órgão/instituição pública, apresentado na categoria de "gestor" e um pesquisador de alguma Instituição de Ensino Superior (IES), intitulado de "especialista".

Os dados apresentados tanto nos documentos de base da conferência, quanto pelos palestrantes no evento, demonstravam quase hegemonicamente um avanço no campo das políticas de saúde no Brasil nos últimos 10 anos, assim como a dificuldade em debelar alguns problemas considerados endêmicos e crônicos. Mas a parte mais interessante foi a dificuldade dos intitulados "especialistas" das IES em tratar das especificidades sociais e culturais nas áreas em que realizavam suas próprias pesquisas. Afinal, a conferência era sobre "determinantes sociais" em saúde.

Entre os vários casos anotados, retomo uma observação em particular. Como resultado de suas pesquisas sobre nutrição em áreas indígenas, uma "especialista" na mesa afirmou que um dos problemas da saúde indígena no campo da nutrição era que as crianças (diga-se de passagem, tratava-se de indígenas com longo processo de contato com não índios) atualmente estavam se alimentando com salgadinho "Elma chips" e refrigerantes. Até aí, esse parece ser um problema alarmante, de ordem nutricional, presente em larga medida em nossa sociedade como um todo e não restritivamente apenas às crianças indígenas. O mais desconcertante para mim, pelo menos, foi a pesquisadora afirmar que o aumento do poder aquisitivo das famílias indígenas ocorrido por causa e através dos programas assistenciais do governo, tais como o bolsa família, fazia com que as famílias indígenas, ao terem acesso a esse dinheiro, comprassem "porcarias" (como afirmou na ocasião), alimentos sem valor nutricional para seus filhos. Ela acreditava que, como resposta a esse problema, o governo deveria arranjar uma forma de "controlar" e direcionar a "assistência" para que não se pudesse desviar o uso do dinheiro na compra de comidas dessa natureza.

Por sua vez, a fala da representante do governo, inserida na discussão na categoria de "gestor", foi na direção oposta a da pesquisadora, afirmando que não cabe ao governo controlar ou obrigar ninguém a comer essa ou aquela comida. Que isso era uma proposta que feria o direito constitucional e a liberdade individual e que provavelmente seria combatida e criticada duramente se fosse proposto para populações não indígenas. Eis o ponto-chave que causou constrangimento geral na mesa de debate. Este exemplo, dentre muitos outros que ocorreram nessa conferência, demonstra a maneira ainda tutelada (para usar a categoria de Souza Lima) como os povos indígenas, e os demais grupos apresentados na categoria de "vulneráveis", são pensados e tratados em pesquisas no campo da saúde, dentro das próprias IES.

O que percebi nas pesquisas por mim realizadas nesse campo é que uma grande parte dos profissionais de saúde que lidam no cotidiano com essa parcela da população também não possuem nenhuma compreensão das realidades culturais e, principalmente, não compreendem o significado de se pensar interculturalidade nas suas ações práticas e não como um conceito bonito de se usar em assembleias e reuniões, mas vazio de ações. Os conceitos de interculturalidade e outros, tais como, intermedicalidade, participação social, atenção diferenciada e controle social, são importantes do ponto de vista teórico, mas efetivamente acabam se transformando em conceitos vazios de significados práticos. Quando afirmo que na interculturalidade deve se esconder uma reivindicação – a de não se conformar com a dificuldade para a convivência – e que esta não significa apenas participar de reuniões distritais, conferências ou votar temas em pautas fixas, não estou afirmando diretamente que o modelo do sistema como um todo está equivocado, ou que apenas os indígenas são excluídos de participação efetiva. Na verdade, a dificuldade também se encontra entre os prestadores de serviço – demais profissionais de saúde – que em sua maioria não são ouvidos e que embora convivam intimamente com a população com as quais trabalham, são tratados e considerados apenas como executores de uma política pré-estabelecida e globalizante.

Há ainda outra questão interessante nessa discussão sobre as relações de mediação entre o Estado e as populações indígenas. É o fato que os representantes indígenas são forças políticas dentro do espaço do controle social e, portanto, suas bandeiras de luta vão muito além das questões de saúde. Frequentemente esses representantes atuam também em mais de um espaço de mobilização indígena. Portanto, muitas vezes a participação se transmuta em bandeiras de luta genéricas do próprio movimento indígena.

Com isso, não estou fazendo julgamento de valor sobre se deve ou não ser dessa forma, mas é importante ter consciência

do significado das mesmas pessoas participarem em campos de atuação distintos. Sabemos que todo espaço de atuação dessas populações foi conquistado lentamente e que são importantes do ponto de vista de intervenções políticas e consolidação de poder. Porém quando as mesmas pessoas estão atuando em vários campos simultaneamente, obtêm-se ganhos do ponto de vista do controle e unidade das ações, mas perde-se a profundidade do debate em suas especificidades, tais como saúde, educação, políticas culturais e de meio ambiente.

Mediação e relações entre índios e demais profissionais de saúde

O segundo eixo de análise trata do campo da mediação cultural, tendo por objeto as relações interculturais entre índios e demais profissionais da saúde na atenção básica. Inicialmente apresentarei algumas situações vivenciadas em trabalho de campo entre os índios Xukuru do Ororubá, Truká e Pankararu (em Pernambuco) e mais recentemente, a questão da saúde indígena nos índios Potiguara Sagi Trabanda e Eleutérios do Catu no Rio Grande do Norte, em que a emergência étnica é bastante recente, o que poderá ajudar a pensar como se dá a mediação e os dilemas da interculturalidade quando abordada como um conjunto de práticas culturais entre os profissionais de saúde indígenas e não indígenas e não apenas como uma categoria política.

PANKARARU

Os índios Pankararu habitam os municípios de Tacaratu, Jatobá e Petrolândia, em Pernambuco. Atualmente 11.366 pessoas se autodeclaram indígenas, segundo o IBGE (Censo IBGE,

2010). Através de pesquisa[111] entre os Pankararu, especificamente na Aldeia Brejo dos Padres, identificamos que a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que assiste aos índios Pankararu contava em 2012 com dois médicos, três enfermeiros, dois dentistas, nove técnicos de enfermagem, vinte Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e quatorze agentes indígenas de saneamento (AISAN). Dos citados anteriormente, três profissionais eram recém-contratados (dois médicos e um enfermeiro) e um AISAN tinha se tornado AIS.

A pesquisa tinha entre seus objetivos compreender o significado de "atenção diferenciada" para os índios do Nordeste. Conversando sobre o significado desse termo com uma profissional não indígena no Polo Base Pankararu, ela me falou da dificuldade em tratar os indígenas no Nordeste tendo por base a chamada medicina tradicional, como proposto nos princípios da atenção diferenciada. Para ilustrar o que estava afirmando, ela usou como exemplo o caso de uma médica não indígena que havia sido contratada para atender aos Pankararu na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Afirmou que a mesma foi duramente criticada pelos próprios indígenas, tendo como resultado a sua saída da equipe. O motivo alegado foi que a médica, ao invés de passar medicação alopática, insistia em receitar chás, atividades físicas e mandava os índios procurarem seus curadores tradicionais em casos mais simples. A crítica dos Pankararu, segundo esse profissional, foi que eles precisavam de uma médica

111 A pesquisa que originou este estudo foi realizada em Pernambuco, na universidade estadual UPE, com financiamento da FACEPE. Essa pesquisa obedeceu aos princípios da declaração de Helsinque e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o registro nº 182/08. Todos os entrevistados aceitaram, livremente, participar das entrevistas, sendo devidamente esclarecidos e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Especificamente o trabalho nos Pankararu foi realizado em conjunto com a discente do curso de Fisioterapia e também indígena Pankararu, Jessica Vanessa Barros Oliveira, e que resultou em seu trabalho de conclusão de curso.

que lhes receitasse medicamento de farmácia, pois já fazem uso de "remédio do mato" e não precisam de uma médica para isso.

O caso expõe ironicamente as contradições do choque intercultural e do próprio sistema de saúde idealizado. Criticamos os profissionais de saúde por não considerarem as especificidades culturais no trato com indígenas, mas quando o fazem, também ocorrem problemas. Não estou com isso tecendo nenhuma crítica velada aos Pankararu e nem à médica mencionada. O exemplo surge para nos ajudar a problematizar a relação entre a medicina tradicional e a biomedicina, percebendo-as como muito mais complexas do que imaginamos. Na mesma época os Pankararu comemoravam outra notícia. Uma indígena da aldeia havia se formado em medicina e estava sendo contratada para trabalhar na equipe de saúde.

Esse exemplo levanta algumas interrogações que não são fáceis de responder. Cabe ao profissional de saúde não indígena se colocar como mediador entre o saber biomédico e o saber tradicional, como parece ter sido o caso da médica acima referida? Por outro lado, o que os indígenas exigiriam de um profissional indígena formado no campo da biomedicina vai diferir do que se exigiu da médica anterior? Cabe a esse profissional indígena ser mediador de saberes ou não é para isso que ele estava sendo aguardado?

Formar profissionais indígenas pode ser um caminho a ser tomado para as populações indígenas, principalmente em regiões onde o acesso à universidade é maior. Estimular a formação de profissionais indígenas de saúde que atuarão em suas próprias aldeias através de formação comum ou diferenciada. No entanto, é preciso que cada povo indígena pense o que quer com essa formação, principalmente porque essa pessoa vai transitar em realidades distintas de conhecimento. Esse foi um dos objetivos que nos foi apresentado pelos índios Xukuru do Ororubá durante essa mesma pesquisa: ter cada vez mais técnicos, enfermeiros e médicos da própria etnia atuando nas EMSI.

TRUKÁ

Os Truká habitam o município de Cabrobó, na Ilha de Assunção, do Rio São Francisco. Segundo dados do IBGE, a população Truká é composta de 4.392 indígenas (Censo IBGE, 2010).

Esse segundo caso, também objeto de pesquisa em 2012, nos ajuda a pensar a saúde indígena e os dilemas da interculturalidade. Na época estava com três alunas[112] bolsistas de Iniciação Científica, do curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE), em Petrolina. Ao voltar do trabalho de campo entre os Truká, elas se mostraram preocupadas com as condições de trabalho das duas EMSI, que trabalhavam em sistema de rodízio, visitando as aldeias.

As equipes não tinham condições de visitar cada aldeia mais de uma vez por mês e quando estavam nas aldeias não conseguiam atender a todos, o que significa que se sentiam sempre em falta no atendimento. Em um dos dias no Polo Base, em Cabrobó, a equipe havia recebido do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-PE) uma caixa com latas de óleo de soja, para ser entregue a cada família que tivesse crianças desnutridas na casa. A orientação era para que as crianças desnutridas tomassem pela manhã uma colher de sopa de óleo. O que se observou foi que a equipe de saúde ficou imensamente constrangida com a situação: ir de aldeia em aldeia entregando latas de óleo e ao mesmo tempo instruindo para que não usassem na comida, mas para fins terapêuticos. Independente da questão nutricional de se beber óleo, da qual sou leiga, mas acredito que possa ser o indicado, entendi a angústia de minhas alunas e dos profissionais de saúde que estavam na ponta de um sistema no qual eles apenas são ferramentas de políticas de saúde maiores e

112 Discentes que realizaram a pesquisa juntamente comigo e que resultou em seus Trabalhos de Conclusão de Curso: Indira dos Santos Silva, Uianne Pâmela Lima Azevedo e Jacqueline Eyleen de Lima Oliveira.

das quais não participam. “Como se diz isso às pessoas? ”, era a fala desses profissionais na ocasião.

Ainda nos Truká, outra situação chamou a atenção das minhas alunas. Elas passaram um tempo acompanhando as equipes nas visitas às aldeias. Em uma delas, o atendimento foi feito numa residência. O médico e a enfermeira sentaram por trás da mesa da sala e cada “paciente” sentava na cadeira à frente. Todos foram atendidos dessa forma. Enquanto uma pessoa era atendida, as demais ficavam no quintal da casa, conversando entre elas. As alunas me falaram posteriormente da falta de condições de trabalho e que elas achavam aquela situação um completo absurdo. Questionei se o fato do médico atender na residência era mesmo um problema ou um “falso” problema. O médico na origem de sua profissão e durante muito tempo atendeu os seus clientes nas próprias residências e isso nunca foi considerado um problema. Como afirma Foucault, “o grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares” (2007, p. 109-110).

Além do mais, no caso dos Truká, o atendimento nas residências tornava mais próxima as relações entre índios e não índios. Chegamos juntas à conclusão de que o problema não estava no local de atendimento, mas nas demais condições de assistência que deixavam a desejar. Aplicavam-se vacinas, realizavam-se programas tais como o Hiperdia etc., mas faltava balança para pesar as crianças, faltava água potável nas aldeias etc. E mais do que isso, os programas, como o hiperdia, por exemplo, eram aplicados independentemente do pequeno número de hipertensos ou diabéticos que tivessem na etnia, esses eram sempre prioridade de atendimento em detrimento de outros problemas de saúde.

Essa questão nos faz refletir também sobre a formação que esses profissionais de saúde estão recebendo nas universidades. Por que ter um ambulatório em cada aldeia era tão importante

para minhas alunas, ao ponto de as cegarem em relação a outras questões mais importantes, tais como o fato de que as equipes apenas atuavam quando as doenças já estavam instaladas? Ou quando não tinham tempo de passar nas aldeias mais de uma vez por mês e, mesmo assim, não conseguiam atender metade dos que precisavam ser atendidos?

SAGI-TRABANDA E ELEUTÉRIOS DO CATU

Outros exemplos mais recentes foram observados no Rio Grande do Norte. Nesse estado, a luta e a emergência étnica dos povos indígenas são emblemáticas e pouco registradas. Por muito tempo acreditou-se não existir mais índios no estado em virtude dos escritos do folclorista Câmara Cascudo, nos quais afirmou que a população indígena do Rio Grande foi assimilada ao modo de vida do Brasil não índio (CASCUDO, 1955).

No entanto, mais recentemente, essa população indígena que foi apagada e relegada ao passado, pouco a pouco foi se apresentando e reivindicando seu lugar em um estado que se imaginava branco. Só mais recentemente tivemos trabalhos de historiadores e antropólogos que passaram a tratar essa população como presente na contemporaneidade. Uma população que cresce e se firma em sua diversidade étnica.

O que ocorreu é que, com as perseguições aos povos indígenas durante o período colonial, os grupos étnicos do Nordeste brasileiro e no Rio Grande do Norte em particular, foram levados a se esconder, como afirma Cavignac (2003, p. 7), em "terras pouco cobiçadas e localidades de difícil acesso – terras alagadas, sertão, serras, etc, conseguindo ali sobreviver por aceitar a condição de vencidos que lhes fora imposta, omitindo sua identidade e substituindo ou ressignificando suas práticas tradicionais".

Esses grupos, cujas identidades como indígenas são constantemente questionadas, têm se reorganizado em busca de sua história e memória, reivindicando com legitimidade uma das identidades possíveis, a de indígena. Em junho de 2005, por exemplo, foi realizada a primeira audiência pública com a presença de três dessas etnias: Eleutérios do Catu, Mendonça do Amarelão e Caboclos de Açu. Essa foi a forma escolhida por esta população para efetivar suas lutas pelo reconhecimento identitário e de seus direitos explicitados na Constituição. Como afirma Oliveira (2011), é a partir de fatos de natureza política – demandas quanto a terra e assistência junto ao órgão indigenista – que os povos indígenas do Nordeste são colocados como foco de atenção para os antropólogos nas universidades da região.

Hoje esse estado conta com seis povos indígenas, sendo eles: Potiguara Sagi-Trabanda (Baía Formosa); Potiguara Eleutérios do Catu (Canguaretama e Goianinha); Potiguara Mendonça do Amarelão[113] (João Câmara); Caboclos do Açu (Assu); Índios Tapuia da Lagoa do Tapará (Macaíba/São Gonçalo do Amarante) e, por último, Tapuias de Apodi (Apodi). Porém, mesmo com acompanhamento da FUNAI, as comunidades indígenas do Rio Grande do Norte sofrem com diversas violações aos seus direitos básicos e não têm a garantia de efetivação desses direitos. Nenhuma terra foi demarcada nesse estado. Todas iniciaram o processo de qualificação de suas demandas, mas apenas os Potiguara de Sagi-Trabanda tiveram a constituição do grupo de trabalho (GT), necessário para iniciar a demarcação do seu território.

Em relação à atenção diferenciada, no campo da saúde indígena, em 2015 teve início o processo a constituição de uma equipe para atuar nesse estado. Uma EMSI, ligada ao DSEI Potiguara, na Paraíba, iniciou seus trabalhos entre os indígenas do Rio Grande do Norte, coordenada por uma assistente social, composta também de uma técnica em enfermagem, uma

113 Os Potiguara Mendonça do Amarelão se subdividiram em três comunidades com organização social distinta.

auxiliar de saúde bucal, um médico, uma cirurgiã-dentista e uma psicóloga. Essa única equipe é responsável por atender cinco etnias no RN e mais duas no estado da Paraíba, somando uma população cadastrada de cerca de 2514 pessoas só no Rio Grande.

Descrevo um pouco mais detalhadamente a assembleia de criação do conselho local de saúde das comunidades Potiguara de Sagi-Trabanda e Eleutérios do Catu, na terra dos Eleutérios, em Canguaretama, onde estive presente. A proposta apresentada era a de que, a partir dessas duas etnias, seria formado um só conselho indígena local. No dia seguinte haveria outra assembleia que juntaria os Caboclos de Açu, Mendonça do Amarelão e Tapará para formar um outro Conselho Local de Saúde. Isso significa que no final do processo teríamos uma EMSI atuando em cinco povos e acompanhadas (controle social) em apenas dois conselhos locais de saúde, com participação mista entre as etnias.

Duas coisas chamaram a minha atenção nessa reunião. A primeira era que a assembleia era extremamente burocrática. Os indígenas sentados nas cadeiras dos alunos e uma mesa grande à frente, com uma toalha cobrindo e dando um ar ainda mais formal, onde estavam sentados o coordenador da SESAI Potiguara, a Psicóloga e a enfermeira da EMSI, que se revezavam na leitura pausada do regimento interno trazido pela equipe, com as determinações e funções de todos os membros e instâncias determinadas. No entanto, com a leitura sem pausa para debate ou possibilidade de perguntas, confesso que tive muita dificuldade de me concentrar e escutar aquela imensidão de artigos e parágrafos de que se compunha o documento.

Terminada a leitura, as duas etnias presentes se retiraram da sala para discutir a indicação dos conselheiros que assumiriam o cargo. Antes de sair, foi determinado o número de representantes de cada povo no conselho. Caso voltassem com mais candidatos do que o previsto, a escolha final seria por votação secreta em urna trazida pelo coordenador da SESAI.

Após a indicação dos representantes, percebi que não foram escolhidas as lideranças mais à frente de cada etnia, bem como

os caciques de ambos os grupos também não foram apresentados como conselheiros. Se, por um lado, essas escolhas diminuem o peso político do cargo ocupado, por outro, é interessante perceber como a conjuntura está se apresentando diferente do que ocorreu em Pernambuco na implantação do subsistema de saúde, em que os caciques e demais lideranças políticas compõem não só o Conselho Local, mas também o Distrital.

Uma segunda questão que chamou a minha atenção foi durante o intervalo da assembleia. Enquanto todos conversavam, vi o médico da equipe com um caderninho, falando com as pessoas em particular e anotando tudo. Fiquei curiosa e quando percebi uma roda de conversa sendo formada, me aproximei para saber sobre o que falavam. O fato era que o médico estava perguntando sobre o uso de plantas medicinais nas comunidades de Sagi Trabanda e Eleutério. Ele queria saber se os indígenas faziam uso regular de remédios caseiros e quais os tipos: chás, garrafadas, unguentos etc. Minha surpresa foi com a pergunta que ele fez: "Se eu, como médico, receitasse um remédio caseiro, tal como um lambedor ou um chá, vocês gostariam ou ficariam irritados por eu não passar remédio de farmácia?". Em seguida eu perguntei a ele qual a intenção ao fazer tal pergunta, no que afirmou que sabia que não poderia estar ou atender a todos durante as visitas às áreas e que gostaria de compreender melhor como os índios faziam uso da medicina tradicional para poder atuar em conjunto e se uma proposta dessa teria valor ou eles apenas queriam alguém que passasse medicação alopática.

Não sei como andam os trabalhos da equipe atualmente, mas embora tenha achado interessante a iniciativa do médico, dificilmente esse tipo de atuação será possível com uma equipe que tem que se fazer presente em nove municípios todos os meses. Como é possível, nessa realidade da EMSI, pensar a atenção diferenciada como proposta pelo Ministério da Saúde e, mais que isso, como pensar a mediação nessas condições de trabalho sempre pontuais e emergenciais?

XUKURU DO ORORUBÁ

O último caso que gostaria de apresentar mais detidamente é o dos índios Xukuru do Ororubá. Dados do último censo do IBGE apontam 7.727 indígenas vivendo na Serra do Ororubá, cidade de Pesqueira, Pernambuco (Censo IBGE, 2010).

Há uma especificidade nos Xukuru que pode explicar as diferenças nas ações empreendidas por estes no campo da saúde indígena. Os Xukuru possuem uma estrutura organizacional e política aparentemente idêntica aos demais povos indígenas no Nordeste, ou seja, composto por cacique, pajé e lideranças representativas das aldeias. No entanto, como todo grupo social, há características que o distingue dos demais. Para explicar melhor essas diferenças, é preciso retroceder ao período em que os Xukuru eram liderados pelo Cacique Xicão.

O Cacique Xicão, liderança Xukuru assassinada em 1997, iniciou o processo de organização sociopolítica interna do grupo ao mesmo tempo em que rompeu com uma política clientelista no qual os Xukuru estavam enredados desde o período dos aldeamentos ocorridos na região da Serra do Ororubá, onde habitam. Essa era a forma de sobreviver. Desde o início de seu cacicado em 1989, lutou pela reconquista da terra que se encontrava nas mãos de grandes latifundiários. O primeiro passo foi fazer com que os Xukuru participassem mais de perto do processo de luta pela demarcação e delimitação da terra indígena. Para isso foi preciso que as aldeias estabelecessem uma relação mais orgânica entre elas, dificultada pelo fato de que algumas aldeias se encontravam distantes mais de 20 km. Através das reuniões para demarcação da Terra Indígena e com o apoio de organizações indigenistas, os Xukuru montaram um sistema de representação política e, com isso, melhoraram consideravelmente a comunicação entre as aldeias.

Aos poucos, o sistema de representação foi sendo aperfeiçoado, e Xicão criou um *Conselho de Representantes* das aldeias. Participam até hoje desse *Conselho de Representantes* índios Xukuru que se destacam nas aldeias e são chamados de "*liderança*" por outros indígenas. Essas lideranças são eleitas pela comunidade e confirmadas como representantes, através de pajelanças realizadas na mata de Pedra D'água. Esse Conselho se encontra uma vez por mês e atualmente é composto de 24 representantes das aldeias, acrescidos do cacique, do vice-cacique e do pajé.

Mesmo com a organização desse *Conselho de Representantes*, os Xukuru ainda sentiam dificuldades para tomar algumas decisões mais urgentes. Por esse motivo, quase como consequência da complexidade e do tamanho da Terra Indígena (TI), Xicão criou, em 1992, a *Comissão Interna*, composta de treze lideranças escolhidas por ele e pelo pajé no *Conselho de Representantes*. A Comissão Interna possui autonomia para discutir e resolver os problemas mais urgentes, sem esperar pela reunião mensal do *Conselho de Representantes*, agilizando a tomada de decisões e permitindo acompanhar os trabalhos com mais regularidade. Além dos *Representantes* e da *Comissão Interna*, outras estruturas organizacionais foram estruturadas ao longo do tempo, com o intuito de auxiliar a administração política e a tomada de decisões do grupo.

A *Associação Xukuru do Ororubá*, criada em 1991, é responsável por administrar os recursos recebidos das instituições públicas e privadas que, através de projetos, apoiam financeiramente os Xukuru. A associação também responde juridicamente pela etnia. Através dela são articulados convênios, contratos e projetos financeiros de apoio. Além da Associação, no cacicado de Marcos Luidson, filho de Xicão, foi criada uma equipe técnica, chamada de Equipe Jupago, responsável por acompanhar todos os projetos econômicos que existem na área indígena, bem como articular esses projetos com as políticas de afirmação étnica do grupo. Em

todo o território Xukuru não existe nenhuma outra associação além desta e da equipe Jupago, o que demonstra o modo hierárquico de organização Xukuru. A maioria dos povos do Nordeste possuem várias associações como uma forma de acessar mais facilmente os recursos públicos e de ONGs que atuam na área.[114]

Ainda durante esse processo, foram criadas comissões para tratar de questões específicas, como educação e saúde. É dessa maneira que, em 1997, foi criado o *Conselho de Professores Indígenas Xukuru do Ororubá* (COPIXO). Logo em seguida, é criado o *Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá* (CISXO), ainda na década de 1990.

Todas essas instâncias são interligadas, principalmente porque, na maioria dos casos, as lideranças mais próximas participam de mais de uma Comissão. Após o assassinato de Xicão, em 1998, os Xukuru passaram a se encontrar em uma grande assembleia anual. A *Assembleia Xukuru* antecede um ato público de homenagem póstuma ao cacique Xicão, no aniversário de sua morte, em 20 de maio, cujo objetivo é indicar o rumo político e as prioridades dos Xukuru até a próxima assembleia.

Essa organização social criada pelos Xukuru teve início no cacicado de Xicão. Com isso, não quero dizer que esse é um modelo idealizado apenas por Xicão e pelos Xukuru. As viagens deste cacique pelo Nordeste e pelo Brasil possibilitaram o contato com os mais diversos tipos e modelos de organização social, ampliando consideravelmente a sua experiência. Além disso, a presença do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e de outras ONGs na área também contribuíram para esse formato, como afirma Oliveira:

> Dessa forma, o Movimento Indígena em Pernambuco foi se formando por uma supremacia de povos mobilizados por fortes alianças com organizações não governamentais. Tais

114 Para entender o papel das associações indígenas no Nordeste, ver a tese de doutorado de Vania Fialho (2003).

> agências desenvolveram um papel ativo na assessoria, atuando na formação política de lideranças, articulação por políticas públicas e obtenção de recursos para implementação de projetos (2013, p. 141).

Quando observamos esse modelo Xukuru de organização social nos deparamos com um paradoxo interessante. Ao mesmo tempo em que percebemos uma organização democrática, na medida em que o sistema é composto por várias instâncias consultivas e deliberativas, observamos que na prática todas se reportam ao cacique. Mais que isso, o cacique é membro vitalício em todas as instâncias. Com isso, temos também uma organização extremamente hierárquica, que pode ser tomada como forma de controle político-administrativo Xukuru sobre o território.

Na pesquisa sobre saúde indígena que realizamos isso transpareceu como um dado positivo. A equipe de pesquisa passou algum tempo acompanhando as duas EMSI que atuam dentro da TI Xukuru, tanto nas visitas às aldeias, quanto em reuniões no Polo Base São José. Uma das características observadas no Polo Base foi a presença diária, no local, de representantes do CISXO. Em entrevista com membros desse conselho, os mesmos afirmaram que é obrigação dos representantes do CISXO acompanhar as ações no campo da saúde Xukuru. Médicos e enfermeiros das EMSI também falaram do controle que os Xukuru possuem sobre o trabalho deles. De fato, observamos várias situações onde esse "controle" era exercido.

Uma situação que nos chamou a atenção foi durante uma reunião local em que a comissão discutia o trabalho mal executado de um Agente Indígena de Saúde (AIS). Relatado os problemas, a comissão decidiu taxativamente pelo imediato afastamento do AIS. Esse exemplo ilustra a rapidez das ações e o controle que os Xukuru exercem nas diversas instâncias de poder.

Uma característica bastante comentada com orgulho é a baixa rotatividade dos profissionais que atuam nas EMSI desde

a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Nos Xukuru há médicos e enfermeiros que estão na equipe desde a implantação do sistema na década de 1990. Quando conversamos com os profissionais da equipe de saúde era comum afirmarem que os Xukuru controlavam detalhadamente cada passo das equipes volantes e que se por um lado os profissionais são extremamente submissos ao conselho local de saúde, por outro, os problemas são sempre discutidos coletivamente, o que os deixa confiantes no trabalho.

Os Xukuru manifestaram durante a pesquisa uma preocupação forte com a medicina tradicional, transparecendo o modo como lidam com a questão da mediação cultural. O CISXO realizou dois encontros sobre curas tradicionais e plantas medicinais. O primeiro encontro foi realizado nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2006, na aldeia Pedra d'Água, local onde se localiza a mata sagrada do Rei do Ororubá, espaço de presença dos encantados (entidades espirituais positivas) e de força imanente para a comunidade. O objetivo desse encontro foi "sistematizar as práticas de cura desenvolvidas pelos conhecedores da ciência natural" (Relatório I Encontro do Povo Xucuru, p. 9, 2006).

O segundo encontro foi realizado no mesmo local nos dias 07 a 09 de setembro de 2006. Nesse segundo encontro, os objetivos se centraram em discutir o poder das curas tradicionais e das ervas medicinais; a valorização das tradições e formas de dar continuidade a elas e, por fim, a associação da medicina indígena com a biomedicina.

Em ambos os encontros estavam presentes lideranças locais, sabedores tradicionais (rezadeiras (os) / benzedeiras (os) e curandeiros), pajé, cacique, membros da EMSI (inclusive uma forte presença dos AIS), representantes do DSEI e demais membros do Polo Base Xukuru.

Esses dois encontros são emblemáticos, pois ao mesmo tempo em que confirmam a preocupação dos Xukuru com a

relação entre medicina tradicional e biomedicina, inclusive relacionando a cura com ritual, atualizam o significado de "tradicional" quando relacionado à saúde. Quando falamos em "tradicional", o que nos vem à mente é o uso de chás, garrafadas e remédio de mato, como é chamado pelos Xukuru. No entanto, o que percebi é que para eles o que se chama de "tradicional" é, além do uso de remédios caseiros, um cuidado maior com a alimentação chamada saudável. No dia a dia, pelo que observamos, não é comum nos Xukuru o uso de legumes e verduras na alimentação, mas nesses eventos havia uma preocupação em articular medicina tradicional e alimentação orgânica. Conversando em 2010, com seu Dedé, curandeiro e liderança Xukuru, o mesmo afirmou que:

> A melhor medicina tradicional é uma verdura na sua mesa, orgânica. Você vai numa feira e compra verdura orgânica, é saúde. Eu trabalho com repolho, eu trabalho com brócolis, eu trabalho com rabanete, alface, olhe, tudo o que tem na minha horta é orgânico. Eu não vendo doença, eu vendo saúde. Aí eu desço para vender na feira, que nós hoje tem a feira orgânica, criada pela equipe técnica, nós conhecemos ela como Equipe Jupago Xukuru. (SEU DEDÉ).

Em 2016, na assembleia Xukuru, tive notícias que uma das preocupações é com a chamada "alimentação tradicional indígena". Há uma discussão interna na equipe Jupago sobre a valorização e incentivo de uso de comidas regionais como xerém (comida de milho), fava e demais alimentos que consideram referência de comida tradicional Xukuru. Mas como os Xukuru também desejam implementar em toda a área a produção orgânica, livre de agrotóxicos, eles articulam o que chamam de tradicional com outras práticas saudáveis. Isso significa que tradicional é ficar o mais próximo possível da "natureza", o que se coaduna com a proposta da alimentação orgânica natural, mesmo que seja para vender na feira e pouco

usada na alimentação do dia a dia das famílias que não são produtoras desses alimentos.

Dificilmente encontramos entre os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas esse tipo de entendimento sobre prática tradicional indígena. Estes, instrumentalizados por uma política oficial, cujo princípio é a chamada interculturalidade, não concebem pensar a mesma como práxis, mas como uma prática paralela à verdadeira medicina, praticada por eles. Os Xukuru, como os demais índios do Nordeste, cujo processo de contato e colonização se deu mais intensamente e que por isso convivem há muitos anos com a biomedicina, estão na contramão desse conceito de interculturalidade. Eles já usam medicação alopática há muito tempo e agora percorrem o caminho inverso, o de valorização da "ciência do índio", em detrimento da valorização da biomedicina. É comum encontrar AIS e técnicos de enfermagem indígenas que também são curadores tradicionais. Os demais são instruídos para que procurem estabelecer a relação com os curadores tradicionais.

> Tem um médico das equipes e também tem os curandeiros que não é caso de ir para o médico, que eles utilizam das plantas medicinais. Muitos deles antes de procurar o médico fazem uso de plantas medicinais e fazem os remédios em casa, pois não querem ocupar o médico. Têm várias ervas e só os mais velhos sabem falar sobre elas, pois eles têm um conhecimento maior. Os AIS e a comunidade procuram os mais velhos nós já sabemos a quem recorrer. [...] Nós temos uma relação muito boa com os curadores. Nós mesmos precisamos de uma erva e precisamos de uma ajuda deles. Quando nós sabemos de alguma coisa que eles não sabem a gente passa para eles, sempre há uma troca de conhecimento. Tem um curandeiro que quando a gente precisa dele nós o chamamos e ainda tem o pajé que é o curandeiro da região. Já chamei um curandeiro para alguns pacientes. (RIZONEVES – AIS)

Em relação aos AIS, os membros das EMSI são unânimes em afirmar que na "região em que o AIS não trabalha bem, o trabalho da equipe não rende". Como as áreas são muito extensas e com muitas aldeias, são os AIS que conhecem todos e marcam com os mais necessitados de tratamento. Por isso, se os AIS não fizerem a triagem, a equipe volante, quando chega à aldeia, tem dificuldade em atender a todos, pela alta demanda. Mas isso nos leva a outras questões. Há, nos AIS, uma cobrança para que estes valorizem a medicina tradicional, mas ao mesmo tempo eles estão recebendo formação biomédica para acompanhar os pacientes em suas medicações e direcionando suas práticas e alimentação para práticas consideradas saudáveis para ambos, médicos e curadores tradicionais. Talvez o ponto de contato entre eles (que facilita a vida do AIS), seja o uso de orgânicos na alimentação, mas e quando alimentos considerados "pesados" pelos médicos, porém considerados "fortes" pelos indígenas, são inseridos como alimentos tradicionais? Talvez nesse e em outros campos mais medicinais, os polos de convergência se afastem e o fato de se ter uma estrutura hierárquica como a dos Xukuru possibilite recolocar em novos termos a questão da mediação e a responsabilidade imposta aos AIS – de serem intermediários entre dois sistemas de saúde – se dilua.

Para onde apontam todos esses casos?

A nossa Constituição nos coloca em um impasse na medida em que esta responde a uma teoria do direito de orientação individualista e, ao mesmo tempo, reconhece a existência de identidades coletivas. Isso significa igualdade de direitos para formas de vida culturais específicas. No campo das políticas de saúde indígena, temos um subsistema de atenção à saúde, dentro de um sistema único de saúde. Isso significa ter que fazer chegar o sistema biomédico, no qual o SUS se ancora, em culturas distintas, que também possuem outros sistemas de cura.

Os diversos documentos resultados das cinco conferências nacionais de saúde indígena, apesar das diferenças, consideram "participação", "controle social" e "articulação de sistemas de saúde" como princípios que devem ser adotados. As mesmas determinações afirmam que é importante o uso da "medicina tradicional". A 5ª conferência nacional apresenta em seu documento final a necessidade de "garantir capacitação permanente aos profissionais de Saúde Indígena para o desenvolvimento de competências comunicativas interculturais [...]". (BRASIL, 2014, p. 61). Quando tomamos a interculturalidade apenas como um problema de comunicação, retirando a polissemia do termo bem como sua assimetria no campo político e de poder, relevamos problemas como o descrito anteriormente, em que na 5ª conferência a delegação do Mato Grosso, embora aplaudida, foi desconsiderada pelos membros da mesa debatedora, que continuou a pauta como se nada tivesse acontecido.

Gadamer, em "O caráter oculto da saúde" (2006), discute o conceito de autoritarismo, distinguindo-o de "autoritativo". Esta última palavra tem origem alemã e não existe na língua portuguesa. No entanto, ela exprime perfeitamente o que estou afirmando sobre as especificidades da participação social e sobre interculturalidade e mediação cultural. Autoritativo, segundo o autor, pressupõe liberdade crítica e, portanto, o emprego legítimo da autoridade. Autoritarismo, por sua vez, é quando se obtém vantagem do peso institucional de sua superioridade e coloca isso no lugar de argumentos.

Os casos apresentados anteriormente apontam para questões sutis que precisam ser enfrentadas, principalmente sobre o significado desses conceitos quando acionados em situações práticas ou do choque intercultural que elas provocam. Em Pankararu, uma médica não consegue trabalhar porque evita usar medicação alopática e passa para os pacientes "remédios do mato" que eles já usam e não precisam dela para isso. Em todos os povos estudados, ,as equipes têm que lidar com as políticas

de saúde impostas em áreas que são completamente diferentes. A "assistência básica" e o tipo de equipamento disponível para as equipes e agentes indígenas no Polo Base se assemelham à Estratégia de Saúde da Família (ESF), com preferência no atendimento a mulheres grávidas, hipertensos e diabéticos, atendidos pelo programa Hiperdia, prevenção de câncer de colo de útero, assistência integral à saúde da criança e vacinação, o que significa que do ponto de vista biomédico, há uma assistência básica para essa população. O problema é que no caso da saúde indígena, não basta o modelo ESF, é necessário adequar esse modelo à especificidade cultural e, portanto, a equipe deveria ser maior e mais bem capacitada para atuar de maneira local. Além disso, considerar as especificidades significa considerar formas diversas de organização social e política. Nos Truká, observamos uma equipe constrangida em dizer para as famílias que elas estavam recebendo uma lata de óleo de soja para usar como remédio e não para alimentação.

Por outro lado, o caso Xukuru pode dar pistas para repensar o significado de mediação e participação social. A maneira como se estruturam em uma relação hierárquica bem-definida, pode ser usado como modelo para pensar em controle social não como um conceito vazio, ou transformar participação social apenas como participação burocrática, mas como uma forma "autoritativa" de tomar para si o controle das instituições. Os Xukuru possuem vários problemas no campo da saúde, assim como todos os povos indígenas do Brasil, mas a capacidade de organização e muitas vezes o caráter considerado autoritário com que lidam nas suas instâncias sociais, dá a eles liberdade crítica para agirem diante de estruturas rígidas maiores.

Nesse caso, podemos pensar interculturalidade em todos os níveis como "práxis de comunidade". Espaços onde ocorram trocas, recursos sejam compartilhados através de contestações e negociações. E isso não significa transformar realidades distintas em realidades homogêneas, mas perceber nessas práticas que

buscam autenticidade, ressignificação de tradições ou formas diversas de participação, elementos para acionar mediação como sinônimo de liberdade e não como simples intérprete de dois mundos. A experiência nos Potiguara Eleutérios do Catu e Sagi-Trabanda, ainda que incipiente do ponto de vista de ações, pode resultar em profundidade nas discussões e aplicações das práticas de saúde nesses povos.

Por fim, a perspectiva adotada neste texto é a de desnaturalizar a mediação cultural, a interculturalidade e, principalmente, a forma como o Estado e as populações indígenas fazem uso desses conceitos como determinação puramente mantenedora do *status quo*, mas pensar a mediação em toda a sua amplitude, ou como forma dinâmica e força política mais próxima da liberdade quando aplicada no campo indígena.

Referências

BASTA, Paulo. Entrevista. *RADIS*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz, n .138, mar. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002. 40p.

BRASIL. *Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 383p.

BOCCARA, G. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde Indígena*: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 195-216.

CASCUDO, L. C. *História do Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro: Mec, 1955.

CAVIGNAC, J. A etnicidade encoberta: "índios" e "negros" no Rio Grande do Norte. *Mneme*, Natal, v. 4, n. 8, 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br>. Acesso em: 6 set. 2013.

CRUZ, K. R. da; COELHO, E. M. B. A Saúde indigenista e os desafios da Particip(ação) indígena. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 185-198, 2012.

FIALHO, Vânia. *Desenvolvimento e associativismo indígena no Nordeste brasileiro*: mobilizações e negociações na configuração de uma sociedade plural. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia/UFPE, Recife, 2003.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas 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. 129-147.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 23 ed. São Paulo: Graal, 2007.

GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.

LANGDON, E. J. 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. 33-51.

LEITE, Maurício. Entrevista. *RADIS*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz, n .138, mar. 2014.

MENÈNDES, E. *Sujeitos, Saberes e Estruturas*: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

MONTERO, P. *Deus na Aldeia:* missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006.

NEVES, R. C. M. *Dramas e Performances*: o processo de reelaboração étnica Xukuru nos rituais, festas e conflitos. 2005. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

OLIVEIRA, K. E. de. *Diga ao povo que avance*!: Movimento Indígena no Nordeste. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana, 2013. 276 p.

OZÓRIO, L. A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 33-41, 2005.

RADIS. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz, n.138, mar. 2014.

PONTES, Ana Lúcia. Entrevista. *RADIS*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz, n .138, mar. 2014.

SOUZA LIMA, A. C. de. *Um grande cerco de paz*: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, A. C. de. Introdução – Sobre Gestar e Gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: _____. (Org.). *Gestar e Gerir*: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ Núcleo de Antropologia Política UFRJ, 2002. (Coleção Antropologia da Política, 18)

SOUZA, V. F. P. *Desenvolvimento e Associativismo Indígena no Nordeste*: mobilizações e negociações na configuração de uma sociedade plural. 2003. 280 p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

VELHO, G. *Projeto e Metamorfose*: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

VELHO, G. Biografia, Trajetória e Mediação. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Org.) *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano Editora, 2001.

XUKURU DO ORORUBA. *Medicina Tradicional*: a partir do respeito com a Natureza. Relatório I Encontro do Povo Xukuru. Pesqueira: Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá, 2006. 22p.

CAPÍTULO 10
PARTICIPAÇÃO SOCIAL INDÍGENA EM SAÚDE:
IMAGINÁRIOS, PRÁTICAS E (DES) ENQUADRES METACOMUNICATIVOS

Marcos Antonio Pellegrini

Bateson ([1972] 1998), em *Uma teoria sobre brincadeira e fantasia,* propôs a noção de *enquadres metacomunicativos* para se referir àqueles sinais que indicam como determinada mensagem ou ação deve ser entendida: se deve ser levada a sério, se é uma brincadeira, ou fantasia (afinal, só percebemos os sonhos momentos antes da vigília, quando podemos "enquadrar" nossa experiência onírica ao perceber que "isso é um sonho").

Sem pistas metacomunicativas não se pode entender se os gritos que se ouvem são de raiva ou alegria. Para uma ilustração da região etnográfica de onde partem estas reflexões, estou me referindo aos gritos noturnos dos Yanomami às margens de um afluente do Rio Negro quando da chegada de uma embarcação. A desorientação diante dos gritos é relatada em uma recente dissertação de mestrado em Antropologia, na passagem em que o autor trata de sua primeira viagem, ainda enquanto estudante, ao rio Marauiá (OLIVEIRA, 2013).

Nestas linhas, não se pretende analisar encontros ocorridos diretamente nestes cenários etnográficos da Amazônia, mas indagar sobre alguns problemas de linguagem que são observados nas situações institucionalizadas de diálogo interétnico que são vivenciadas nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Yanomami/Ye'kuana, em Roraima. Além da participação em várias reuniões e leituras de suas atas, serão também consideradas as ideias de Menéndez sobre os sentidos e objetivos da "participação social", que inspiram o subtítulo proposto para este texto.

A partir de "um problema de linguagem", conforme registro em uma ata de reunião do Conselho Distrital de Saúde Yanomami, buscar-se-á uma reflexão sobre o falar e o papel dos mediadores nos contextos interculturais, considerando tanto sua competência individual quanto os fatores envolvidos na negociação da atribuição de sentidos aos acontecimentos relatados ou ocorridos na própria situação da reunião, quando discordâncias políticas tendem a ser transformadas em problemas de comunicação.

Participação social indígena em saúde

No Brasil, com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a partir de 1999, foram estabelecidos trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas com seus respectivos Conselhos Distritais de Saúde

Indígena[115] (CONDISI) e inúmeros Conselhos Locais, considerados tanto como espaços privilegiados de participação e controle social quanto de construção de identidades e direitos (LANGDON; DIEHL, 2007, COHN, 2003). A composição dos conselhos distritais de saúde, estabelecidos pelas Leis Orgânicas da Saúde, é paritária, compreendendo a metade dos membros pertencentes à categoria de "usuários", a outra metade composta por representantes de gestores/prestadores de serviços e profissionais de saúde, também em uma divisão paritária. Vale notar que entre os membros dos gestores/prestadores de serviços podem ser encontrados representantes de diversos órgãos federais, estaduais, municipais, bem como representantes de missões religiosas e organizações não governamentais.

A classificação dos participantes segundo cada categoria (usuários, prestadores de serviços, profissionais) interroga sobre a classificação/condição de cada conselheiro. "Eu trabalho para a Funai e sou índio. Quem eu represento?", declara um conselheiro kaingang no Sul do Brasil (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 28). Tem-se observado que as posições dos membros dos

115 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram concebidos como modelo de organização dos serviços de saúde destinados à população indígena, atribuindo a responsabilidade do governo federal sobre a prestação da atenção básica à saúde nas Terras Indígenas e com controle social institucionalizado nos Conselhos Distritais de Saúde com poder deliberativo. De acordo com a Art. 5º da Portaria Nº 755, de 18 de abril de 2012, que dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: "Compete aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena:

I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução;

II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e

III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos (DSEI/SESAI/MS).

Parágrafo único. As resoluções dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena estão sujeitas a homologação pelo Secretário da SESAI/MS." (BRASIL, 2012).

conselhos não são fixas. Nota-se que ao longo dos quinze anos de existência dos conselhos as trajetórias pessoais mais diversas foram percorridas: filhos de usuários se tornaram profissionais de saúde (agentes indígenas de saúde) ou representantes de organizações indígenas, algumas delas prestadoras de serviços; profissionais de saúde inicialmente ocupantes de funções subalternas chegaram aos níveis mais altos de gestão distrital.

Além de interrogar sobre a identidade, o funcionamento das instâncias de participação indígena manifesta a incongruência entre uma noção de representatividade do senso comum no âmbito do Sistema Único de Saúde e modos indígenas de organização, representação e procedimentos de tomada decisões (GARNELO *et al*., 2003; SHANKLAND, 2009). Notou-se que, ainda que os conselhos tenham função deliberativa, na maioria das vezes suas proposições não eram atendidas (FERREIRA, 2012); eram determinadas principalmente pela dimensão burocrático-administrativo-operacional em detrimento da dimensão política; suas reuniões costumavam parecer um grupo de trabalho dos funcionários das instituições gestoras e executoras e não um grupo heterogêneo de pessoas com postura crítica (LANGDON; DIEHL, 2007, referindo-se às reuniões do Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul do Brasil). Estes fatores convergem para a observação de Shankland (2009) de que os Conselhos Distritais de Saúde são um espaço democrático inclusivo, mas não aberto a transformações, o que dificulta a efetiva participação indígena.

Menéndez (2009) apresenta uma reflexão sobre o desvão entre os imaginários e práticas de participação social em saúde que pode ser produtiva para tentar compreender o que acontece nos espaços de controle social da saúde indígena no Brasil. Ele distingue a participação social em termos de recursos (mão de obra para aumento da cobertura, por exemplo) e em termos de população organizada que intervém na tomada de decisões em todas as etapas dos programas de saúde, de sua concepção à avaliação. Em termos de recursos (mão de obra), no Brasil tem-se observado a contratação

de profissionais indígenas que buscam atender a objetivos relacionados a atividades específicas visando melhorar o estado de saúde da população, reduzir danos e aumentar a cobertura.

Segundo Menéndez há também uma disparidade de objetivos mais gerais que vão desde legitimar o Estado ou grupos que mantêm estes tipos de atividade ou organizar e conscientizar os grupos sociais ou, até mesmo, "como um mecanismo de 'distração', de mediatização e de reforço de relações de hegemonia/subalternidade" (2009, p. 228). Para ele, há que indagar-se a quem interessa a participação social nos processos de saúde/doença/atenção; a quem interessa que esta participação se dê em termos coletivos e autogestivos ou em termos individuais de estilos de vida e sobre quem são os sujeitos e setores sociais que realmente promovem a participação.

Afinal, o que significa participar e o que se faz ao falar nas reuniões dos Conselhos de Saúde? Com quais objetivos, com quais recursos, com quais habilidades e competências? Como compreender as relações de poder nestas situações sociais? A institucionalização da participação social na organização dos serviços de atenção à saúde indígena, que foi inicialmente saudada como um fato promissor na fundamentação de uma política de saúde que permitisse o acesso à cidadania em saúde dos povos e comunidades indígenas no Brasil (PELLEGRINI, 2000; ATHIAS; MACHADO, 2001), hoje pode ser questionada se não veio a contribuir na construção de espaços de permanência do exercício do poder tutelar (SOUZA LIMA, 2014).

Reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde

A ideia inicial destas linhas foi inspirada na leitura de algumas atas de reuniões do Conselho Distrital de Saúde Yanomami/Ye'kuana realizadas entre dezembro de 2011 e dezembro de 2013, com objetivo inicial de conhecer os registros

sobre a formação e participação de agentes indígenas de saúde que eu frequentemente encontrava nas ruas de Boa Vista e que por vezes reclamavam que não participavam mais de cursos de formação. No entanto, no transcorrer da primeira leitura, enquanto se esgotavam as poucas referências aos temas investigados, destacou-se um fato que foi classificado pela Chefe do Distrito[116] como um "problema de linguagem". Após mais de duas décadas de observação e participação nestes eventos e de certo esforço para tentar compreender o que acontece nestes contextos (PELLEGRINI, 2008), gostaria de explorar este problema de linguagem não apenas no âmbito da compreensão ou tradução de códigos linguísticos, mas de ação política que se manifesta nos usos da linguagem nas instituições formais de participação indígena em saúde. Este ponto será retomado após uma breve resenha da Ata de Reunião.

O tal "problema de linguagem" ficou evidente na manhã do terceiro dia da reunião (14/12/2011) a partir da fala de um reconhecido líder yanomami que é registrada a partir da linha 960 da Ata:

> Com a palavra Davi Kopenawa – Presidente da Hutukara[117], saudou a Assessora da SESAI/Brasília, dizendo bom dia, dizendo que em Brasília tem três poderes, lá tem autonomia que funciona. Disse que ontem, a Assessora falou para todos os trabalhadores e para nós [Yanomami] e que ele não gostou. Que você vem de longe para nos ajudar, disse que nós não conhecemos os papéis e eu não gostei do que a senhora falou. Disse que trabalha para o povo indígena sem ganhar dinheiro, você ganha para fazer isso, disse que vocês lutaram em Brasília para que a Claudete chegasse a ser chefe, disse que antes o Romero Jucá [Senador eleito por Roraima] queria era tirar Joana Claudete para colocar outra pessoa que não conhecia a nossa realidade e também o Antonio Alves [Titular da Secretaria

116 Responsável pela gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

117 Hutukara Associação Yanomami: Associação criada em 2004 com a liderança de Davi Kopenawa com o objetivo de proteger e fortalecer os povos Yanomami e Ye'kuana. Ver: <www.hutukara.org>.

> Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde]. Você devia agradecer a nós, a Hutukara, aos conselheiros que colocaram a Joana Claudete no cargo. Disse que a SESAI era pequenininha, distrito era pequenininho, disse que Claudete gosta da gente, conhece nossa família, ela nunca brigou com a gente, por isso nós colocamos ela no distrito, mas ela não vai ficar toda a vida, se ela errar nós vamos colocar outro. Por isso não vamos aceitar você chegar aqui e dizer que foram vocês que lutaram para colocar a Joana Claudete no Distrito. Disse que nossa luta é de muito tempo. "Se não tiver índios onde nós vamos ganhar[?]", vocês brancos vivem rodando como pião. Nós precisamos é de remédio, nós não queremos dinheiro, nós queremos remédios, como vamos construir. Pergunta você já viu buraco sujo, já lavou mamadeira suja? Será que o governo Lula também já lavou mamadeira suja de outros governos? Disse para os conselheiros presentes falarem e defenderem suas propostas. Disse que branco gosta de dinheiro e que o governo tem dever de cuidar dos nossos interesses, por isso tem de cuidar de nós, porque chegaram aqui e destruíram.

A ata aqui analisada trata da XVI Reunião do Conselho, realizada entre 12 e 15 de dezembro de 2011 numa espécie de hotel-fazenda situado a cerca de trinta quilômetros de Boa Vista, local que abriga as reuniões com certa frequência. São 54 páginas impressas em caracteres miúdos, num único parágrafo iniciado na linha 11 e terminado na linha 1739, emoldurado por assinaturas trêmulas e impressões digitais dos conselheiros indígenas. Seguem-se as assinaturas (muitas representadas por impressões digitais), nomes e funções dos 74 participantes.

A reunião anterior tinha sido realizada há mais de um ano e a Chefe do Distrito, ao iniciar a reunião, se desculpa pela longa demora, devido à transição da responsabilidade pela atenção à saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena, situação que será tratada com detalhes no transcorrer da reunião. O presidente do Conselho também fala da demora para realização da reunião e faz um apelo ao uso ético da palavra, conforme se lê a partir da linha 33:

> Com a palavra Peri XirixanaYanomami, Presidente do CONDISI Yanomami. Em sua fala disse que para poder acontecer esta reunião foi muito duro, muito demorado e que desde que assumiu o CONDISI ele era cobrado mas o pessoal de Brasília ainda não tinha repassado a verba para poder realizar a reunião e que só agora foi possível a realização. Disse que ainda não vão cobrar da coordenadora da SESAI Claudete e Rosiane [nova Chefe da Casa de Saúde Indígena[118]], vão cobrar é da SESAI Brasília e que agora não é o momento de falhar mais, disse que não é para os conselheiros não terem medo de falar, e que vamos discutir coisas novas, disse que já fomos capacitados e por isso vocês têm que ter coragem de falar, não é só xingando isso não vai resolver nada. Disse que viemos aqui para limpar a privada e ficar com os olhos abertos, que o que fizermos vocês também têm que fazer na área, que ele também não sabia nada, mas que procurou entender e aprendeu o trabalho do branco, assim como Rosiane disse que vai falar somente isso, mas que é para cobrar que ela fale mais, não é só isso, ela tem que falar mais. Disse que é para cobrar do Djacir do Controle social que faça reunião na área, que para isso vai vir verba. Disse que ele como Presidente do Condisi, não estão lhe respeitando e por isso ele está triste.

O restante da manhã e toda a tarde foram ocupadas com a apresentação das leis e decretos que criaram a Secretaria Especial de Saúde Indígena, o organograma do Distrito, os recursos, as ações desenvolvidas de acordo com os Programas do Ministério da Saúde e a prestação de contas segundo os números indicativos dos elementos de despesas. A apresentação do tema foi feita pela Chefe do Distrito sobre a "Política de Saúde da SESAI", iniciando pelo Decreto Presidencial que assegura a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e termina com o aviso de que a nova sede do Distrito já foi alugada e terá pintura na cor que os Yanomami quiserem (linha 146).

118 As CASAIS são estabelecimentos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que têm por função servir de apoio aos pacientes indígenas que necessitam tratamento de maior complexidade nas cidades.

No início do segundo dia foi registrada a presença da Assessora da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)[119], de Brasília, e passou-se à apresentação das atividades da Casa de Apoio à Saúde do Índio pela sua nova Chefe (que tinha sido cobrada no dia anterior por ter falado pouco). A apresentação foi bastante detalhada (incluindo o número de pacientes, de acordo com as causas da internação) e causou algumas manifestações acaloradas por parte dos usuários diante da afirmação de que era preciso diminuir o número de acompanhantes[120]. Ao final da manhã um dos conselheiros perguntou à Assessora de Brasília, para que ela falasse, sobre "qual o sistema da SESAI, como vocês acompanham esse processo da saúde indígena" (linhas 595-596). A resposta, conforme registrada na Ata, está transcrita abaixo:

> [A assessora] disse que a SESAI faz o acompanhamento das políticas públicas através do contato direto com os DSEI e comunicação com todas as lideranças do Brasil através do Fórum dos Presidentes dos Condisi. Assim como reuniões de Colegiados com presença dos chefes dos DSEIs e Membros do Fórum, assim sentamos com o Secretário, Dr. Antônio Alves e passamos a realidade de cada DSEI. Na SESAI temos vários departamentos sendo o Controle Social, no qual trabalho, logística, gestão e atenção à saúde, que acompanha de perto as políticas públicas de saúde indígena como DST/HIV e hepatites entre outros. A seguir foi dado intervalo para o almoço.

Durante a tarde a Assessora teve um tempo destinado à sua apresentação informando que seu papel nessa reunião

119 Neste texto também será referida simplesmente como Assessora, para simplificar usando um termo registrado na Ata.

120 Geralmente, vários familiares acompanham uma pessoa doente quando esta necessita permanecer em Boa Vista para tratamento de saúde: mulheres acompanhadas por seus maridos e filhos menores, crianças acompanhadas por pais e irmãos. Os gestores e trabalhadores de saúde costumam atribuir a esta prática os problemas de superlotação e deficiência na prestação de serviços.

seria fortalecer o Conselho Distrital. Apresentou as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde conforme a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Destacou o papel, a composição e as competências dos Conselhos, o processo de nomeação dos conselheiros e o funcionamento. Falou também do histórico da idealização e criação da SESAI e as propostas para fortalecimento da participação indígena, que além da realização de cursos para conselheiros, previa a inclusão digital dos mesmos, por meio da disponibilização de um *kit* do Canal Saúde na secretaria dos Conselhos. Apresenta a criação da função de Assessor Indígena, que serão em número de dois em cada distrito, o perfil e os critérios para sua indicação.

Após sua apresentação alguns conselheiros manifestaram algumas dúvidas sobre a função do Assessor Indígena, questionaram a autonomia administrativa dos Distritos, uma vez que as decisões continuavam sendo tomadas em Brasília e manifestaram certo desagrado com a discussão sobre o funcionamento dos conselhos naquele momento específico, que, na opinião deles, deveria ser dedicado à discussão sobre os problemas de saúde que necessitavam ser enfrentados com urgência. Os Conselheiros que fizeram uso da palavra, na sequência, passaram a tratar destes problemas, especialmente os do estado do Amazonas, muito preocupados que agora os pacientes de sua região seriam removidos para a CASAI de Boa Vista e não mais para a de São Gabriel da Cachoeira.[121]

Vários gestores e funcionários procuraram responder as questões levantadas pelos participantes indígenas e a Assessora prestou alguns esclarecimentos sobre o papel do Assessor Indígena

121 A nova configuração logística do Distrito passou a transportar pacientes que se deslocavam da Terra Indígena à cidade de São Gabriel da Cachoeira em algumas horas de deslocamento de barco e por rodovias transitáveis, passando a ser transportados para Boa Vista em voos de aviões monomotores que duravam mais de três horas.

como interlocutor entre a comunidade e o Distrito. Um funcionário do Distrito, que teria sido removido recentemente da função de Secretário do Conselho, apresentou uma reclamação sobre conflitos existentes quanto às intenções de alguns prováveis assessores indígenas terem ingerência sobre os atos da chefia, inclusive sobre seu afastamento, questão que foi contornada.

Foi na manhã do dia seguinte que ocorreu o discurso de Kopenawa que explicitou o "problema de linguagem" referenciado no início deste texto. Ainda sobre a apresentação da Assessora, um jovem se manifestou dizendo que " no primeiro e no segundo dia a reunião estava cheia, que queriam ouvir as regras que a eles interessavam e que quando ouviam a Assessora apresentar as regras eles aplaudiram: "o que eles querem dizer é como o índio deve ser... que o índio não pode decidir" (linhas 1025 ss).

Neste breve resumo sobre o registro da reunião são destacados alguns momentos de conflitos que são relatados ou vivenciados na própria situação social da reunião. Para contextualizar estas questões, talvez seja útil partir de uma descrição geral destes eventos, considerando os elementos propostos por Hymes (1974a): cena, participantes, objetivos, sequência, sinalizadores, motivações, normas de interação e gênero da fala. Nesta descrição serão apontados alguns aspectos implicados no controle da situação exercido pela agência do governo para, em seguida, propor uma reflexão sobre a política e o significado do falar nestas situações.

A cena, para Hymes, não compreende somente o cenário, mas também o "tom", a "disposição psicológica": tristeza, alegria, angústia, tensão, urgência. As reuniões dos conselhos deveriam acontecer pelo menos semestralmente, mas suas datas costumam ser marcadas em ocasiões que muitas vezes são caracterizadas por momentos de resoluções de crises ou aprovação de propostas apresentadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena. O objetivo aparente é a tomada de decisões sobre determinado assunto ou o anúncio de alguma mudança

significativa nos meios para obtenção de boas condições de saúde para as comunidades indígenas. O "tom" das reuniões está diretamente ligado às questões e atores envolvidos nas crises, e os eventos que as antecederam são recontextualizados nos diferentes discursos.

Além do poder de determinar a data das reuniões para a ocasião que mais lhe convém, o gestor determina também o local de realização das mesmas, geralmente num local distante da cidade, o que impede a presença de observadores e facilita especialmente a permanência dos conselheiros indígenas e funcionários envolvidos especificamente com a gestão e prestação direta de serviços[122]. Trata-se, apesar disso, de um grupo bastante heterogêneo, no qual grande parte dos participantes indígenas não fala português e os discursos são geralmente proferidos em pequenos trechos que são traduzidos para o yanomami ou português.

O gestor também tem grande influência na definição da pauta, onde são expressos os objetivos oficiais da reunião e a ordem de discussão dos pontos elencados de acordo com os interesses da equipe gestora. É comum que grande parte do tempo da reunião seja ocupado com apresentações de organogramas, mapas e tabelas de difícil compreensão para a maioria dos participantes indígenas.

Poderia ser dito, em termos de Wolf (2003), que o gestor local detém o poder sobre as condições de ocorrência dos encontros, mas não controla os desfechos dos eventos, que dependem

122 Nota-se que composição do Conselho Distrital Yanomami passou por mudanças significativas ao longo dos mais de quinze anos de sua existência, especialmente quanto aos prestadores de serviços, que nos primeiros anos da implantação dos Distritos contava com a participação de diversas organizações não governamentais que eram conveniadas com a FUNASA. Atualmente a participação é mais restrita aos gestores e funcionários e há o registro da reclamação de um representante indígena de que estes apenas falam e vão embora: "estamos falando para quem?".

também das motivações e competência comunicativa dos participantes, ligada a capacidades e conhecimentos pessoais em uso e não somente à habilidade de um falante ou ouvinte ideal: a fala dos conselheiros estaria envolvida tanto no exercício quanto na produção do poder social, seguindo as ideias de Hymes.

A noção de competência comunicativa de Hymes tenta superar a dicotomia competência/performance, subjacente à teoria de Chomsky, ao propor a "competência para o uso", envolvendo tanto um conhecimento tácito como a habilidade na utilização de tal conhecimento a cada nova situação (HYMES, 2001, p. 64). Ele propõe aplicar a noção de competência linguística de Chomsky para além da gramática e para isso distingue quatro aspectos da competência comunicativa: o potencial sistemático em realizar algo ainda não realizado (ao que se limitaria a concepção de Chomsky ao tratar a linguagem como uma competência, ou capacidade humana); a adequação ao que seja conveniente e efetivo; a ocorrência (quando e para que) e, a factibilidade, relacionando o que é possível com os meios disponíveis. Membros de uma comunidade de fala têm conhecimento sobre muitas características da linguagem: sobre o que é comum, sobre o que é raro, sobre o que ocorreu previamente e o que é novidade. Esse conhecimento – às vezes consciente, frequentemente inconsciente – seria considerado para definir e avaliar os modos de falar. A fala estaria ligada a situações sociais que podem ser definidas e modificadas pelo próprio falar (HYMES, 1974b, p. 349). O efeito do que é dito seria dado pelas relações entre os diversos tipos de participantes e a mensagem.

Esta proposta de Hymes foi seguida por estudos que se preocuparam com a análise da performance, definida por Bauman (1986, p. 3) como "um modo de comunicação, uma maneira de falar, cuja essência está em assumir a responsabilidade perante uma audiência para demonstrar uma habilidade comunicativa, destacando os meios [a forma] de como esta será cumprida, acima e além de seu conteúdo referencial". Inicialmente, numa

perspectiva voltada para a descrição dos eventos, Bauman (1977) nota que a fala, quando performada, é marcada pela utilização de códigos e fórmulas especiais; elementos paralinguísticos (pausas, entonações, andamento, destaques, posição, movimentação e outros usos da voz e do corpo); linguagem figurada (emprego de metáforas); paralelismos (repetições com variações sistemáticas, consideradas como critério empírico da "função poética"); apelo à tradição (para assumir a competência), ou, às vezes, negação da própria competência. A performance se daria na inter-relação de recursos e competências individuais num contexto particular, pelo seu próprio caráter emergente. Seria um exercício reflexivo e criativo da competência a ser avaliado pela audiência (BAUMAN, 1986).

Posteriormente, Bauman e Briggs (1990) criticam o uso do conceito de performance como apenas uma fórmula para analisar a astúcia ou habilidade da comunicação em eventos separados da vida cotidiana – reificando o texto, o contexto ou a performatividade – e propõem que os estudos que enfocam a performance como unidade de análise carecem de buscar a história dos eventos da fala, ou seja, a ligação entre os eventos de uma série. Eles mostram uma mudança da abordagem dos contextos para a contextualização, valorizando a capacidade metacomunicativa ou metapragmática da linguagem, considerando as ideias de Bateson ([1972] 1998) e Goffman ([1979] 1998), para quem o contexto comunicativo não seria ditado apenas pelo ambiente físico e social, mas emergente das negociações entre os participantes em interação que reflexivamente avaliariam o discurso. Estas avaliações seriam incorporadas na estrutura e significado do próprio texto, considerando tanto a competência comunicativa, quanto a história pessoal e identidade dos interlocutores (Goffman [1979] 1998, p. 68). Aqui o interesse se desloca para a capacidade do discurso tanto em representar como em regular outros discursos, que Bauman e Briggs (2000, p. 142) chamaram de práticas metadiscursivas. As práticas metadiscursivas conformariam os processos de produção e

recepção dos discursos, afetando quem é autorizado a falar, a ouvir e em quais situações. As práticas metadiscursivas jogam com a capacidade reflexiva do discurso que faz dele próprio seu objeto, o que também se observa nos eventos performáticos quando o próprio ato de falar é colocado em relevo. Trechos de discursos seriam transformados em textos (entextualização) que seriam descontextualizados e recontextualizados em um novo contexto. Este processo de entextualização/ descontextualização/ recontextualização estaria relacionado tanto com o exercício quanto com a produção de poder social.

Ao tratarmos de eventos interculturais devemos considerar que estão em jogo diferentes ideologias de linguagem, entendidas como "conjunto de crenças sobre a linguagem, articulado pelos falantes como racionalização ou justificativa da estrutura e do uso percebidos da linguagem" (SILVERSTEIN, 1979, p. 193 *apud* WOOLARD, 1998, p. 8, tradução do autor) ou "concepções e objetivos autoevidentes que um grupo tem em relação à função da linguagem na experiência social de seus membros, bem como sua contribuição para a expressão do grupo" (HEATH, 1989, p. 393 *apud* WOOLARD, 1998, p. 8, tradução do autor). Ideologias de linguagem não seriam culturalmente dadas, mas emergentes da experiência de fatores sociais, culturais e econômicos, representando os interesses de um determinado grupo e definindo as qualidades morais e estéticas valorizadas. Para Kroskrity (2000), ideologias de linguagem devem ser concebidas como múltiplas, devido às próprias divisões sociais (classes, gênero, elites, gerações), e podem ser percebidas de modo diferente entre os membros dos grupos que as partilham, conforme a experiência de cada um.

Refletir sobre estas questões nas situações interativas das reuniões dos conselhos de saúde indígena pode contribuir para uma melhor compreensão dos limites da participação social indígena e dos fatores envolvidos na disputa dos significados atribuídos aos atos da fala ocorridos nestas situações.

Pode-se dizer que as reuniões dos Conselhos de Saúde fazem parte de um processo de mediação, que envolve tanto a construção dos espaços como de agentes de mediação. Espaços e agentes constituintes do estabelecimento de acordos, compromissos e institucionalização de sistemas de regras (NEVES, 2008). Na situação aqui apresentada, é evidente o questionamento ou afirmação de competência e legitimidade por parte de agentes mediadores, que tem seu epítome na discussão entre a representante do Ministério da Saúde (uma profissional iniciante no espaço de mediação) e o líder indígena (mestre e criador destes espaços)[123].

"... e eu não gostei do que a senhora falou..."

Retomemos nosso problema de linguagem conforme transcrito na Ata, este gênero particular de texto em que uma extensa preleção tende a ser registrada em algumas linhas, e que neste caso particular é marcado por deslizamentos pronominais, talvez devido a algumas dificuldades de registro (por exemplo: "Ele disse que eu não vou", quando "eu" e "ele" se referem à mesma pessoa).

> Com a palavra Davi Kopenawa, Presidente da Hutukara, saudou a Assessora da SESAI/Brasília, dizendo bom dia, dizendo que em Brasília tem três poderes, lá tem autonomia que funciona. Disse que ontem, a Assessora falou para todos os trabalhadores e para nós [Yanomami] e que ele não gostou. Que você vem de longe para nos ajudar, disse que nós não conhecemos os papéis e eu não gostei do que a senhora falou. Disse que trabalha para o povo indígena sem ganhar dinheiro, você ganha para fazer isso, disse que vocês lutaram em Brasília para que a Claudete chegasse a ser chefe, disse que antes o Romero Jucá

123 A trajetória de Kopenawa foi registrada em A queda do céu (KOPENAWA; ALBERT, 2015).

> [Senador eleito por Roraima] queria era tirar Joana Claudete para colocar outra pessoa que não conhecia a nossa realidade e também o Antonio Alves [Titular da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde]. Você devia agradecer a nós, a Hutukara, aos conselheiros que colocaram a Joana Claudete no cargo. Disse que a SESAI era pequenininha, distrito era pequenininho, disse que Claudete gosta da gente, conhece nossa família, ela nunca brigou com a gente, por isso nós colocamos ela no distrito, mas ela não vai ficar toda a vida, se ela errar nós vamos colocar outro. **Por isso não vamos aceitar você chegar aqui e dizer que foram vocês que lutaram para colocar a Joana Claudete no Distrito.** Disse que nossa luta é de muito tempo. "Se não tiver índios onde nós vamos ganhar[?]", vocês brancos vivem rodando como pião. Nós precisamos é de remédio, nós não queremos dinheiro, nós queremos remédios, como vamos construir. Pergunta você já viu buraco sujo, já lavou mamadeira suja? Será que o governo Lula também já lavou mamadeira suja de outros governos? Disse para os conselheiros presentes falarem e defenderem suas propostas. Disse que branco gosta de dinheiro e que o governo tem dever de cuidar dos nossos interesses, por isso tem de cuidar de nós, porque chegaram aqui e destruíram (grifo do autor).

Neste trecho da ata, está registrada a competência comunicativa de Kopenawa. É um registro do falar sobre o falar, de recontextualizar textos, reenquadrá-los.

A "autonomia" que supostamente funcionaria entre os três poderes em Brasília parece ser evocada tanto como uma forma de demonstrar competência e autoridade sobre o que iria ser dito, manifestando conhecimento das regras do governo, quanto como uma forma de justificar a intolerância com a influência dos políticos locais em controlar a gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como com os controles centralizados em Brasília sobre a gestão local do Distrito. Note-se que no âmbito da discussão sobre a saúde indígena o termo "autonomia" está inserido desde as primeiras proposições elaboradas na I Conferência Nacional de Saúde indígena e

assume importância e sentidos mais diversos entre os aspectos administrativos e políticos[124].

O principal questionamento do Presidente da Hutukara é sobre a legitimidade da Assessora para dizer que lutou para nomear a Chefe do Distrito: "isso nós não vamos aceitar". Conforme referido acima, a reunião aconteceu após um ano durante o qual ocorreu uma lenta transição da responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena. Nesse período houve intensa disputa política pela nomeação da nova chefia do distrito e grande mobilização dos Yanomami (incluindo ocupação da sede do Distrito e retenção de aeronaves e profissionais de saúde em Terra Indígena). Para Kopenawa, a chefe do Distrito foi nomeada pelo seu relacionamento com os Yanomami e não pelas relações com políticos de Roraima: "em Brasília tem autonomia que funciona". Sua nomeação teria sido resultado de uma luta de muito tempo, de quem não recebe dinheiro para lutar, de quem não fica rodando como pião.

Nota-se uma disputa por legitimidade e significação, organizada a partir de pontos de vista que Kopenawa parece demarcar com um critério que pode ser aplicado para além da situação e a pauta da reunião do Conselho: o de quem precisa de remédio e o de quem precisa de dinheiro; o de quem "luta por muito tempo" e o de quem "fica rodando por aí como pião". "Se não tiver índios onde nós vamos ganhar[?]", ele cita o pensamento dos que pertencem à segunda categoria. A linha que separa quem precisa de remédio e quem ganha dinheiro com isso (aqui se incluiriam os trabalhadores de saúde de modo geral, fornecedores de insumos, prestadores de serviço etc.) se prolonga desde as situações de prestação dos serviços nas comunidades indígenas e se estende para os contextos locais e nacionais de gestão, demarcando interesses e objetivos distintos

124 Sobre os sentidos de "autonomia" na relação dos Estados com os povos indígenas ver Teixeira (2010) e Cardoso (2015).

de participação social. Pairando sempre a suspeita dos desvios de recursos orçamentários destinados à saúde, referida tanto no discurso inicial do presidente do conselho quando fala em "limpar a privada suja" quanto no de Kopenawa ao referir-se a "buraco sujo" e "mamadeira suja". É notável o esforço em não se referir diretamente às suspeitas de desvios de recursos, mas a alusão a este fato é óbvia. Afinal, conforme procurou sinalizar o presidente do Conselho em sua fala inicial, os conselheiros "têm que ter coragem de falar", mas "não é xingando que vai resolver nada". Há que manter-se de olhos abertos, discutirem coisas novas, fazer nas comunidades o que se decidir na reunião, entender "o trabalho do branco". Talvez estes sejam os objetivos principais dos participantes indígenas na reunião.

E os que ganham dinheiro, empregos, funções? Estariam também interessados em entender e atender às necessidades dos que precisam de remédios? Ou, conforme a indagação de Menéndez (2009), teriam como objetivos apenas distrair, midiatizar e reforçar as relações de subordinação, obliterando os interesses coletivos dos usuários em favor de objetivos individuais ao contratar funcionários indígenas que transporiam a linha demarcatória de quem precisa de remédios e quem ganha dinheiro com isso?[125] Lembremo-nos que a representante do Ministério da Saúde também foi porta-voz da notícia da contratação de Assessores Indígenas para os distritos com a função de serem interlocutores entre a comunidade e o Distrito. A divergência de interesses dos agentes mediadores, nesse

125 Infelizmente, a análise do que acontece nestas reuniões aponta para a segunda hipótese. Há um espaço de inclusão, mas sem abertura para uma transformação efetiva no processo de reduzir a participação indígena ao âmbito de uma relação clientelista historicamente estabelecida. Note-se que apesar do aumento considerável de recursos financeiros investidos na saúde indígena (que, segundo declaração recente do titular da pasta está atualmente em torno de 2 bilhões de reais) não se nota impacto significativo nos indicadores de saúde. Enquanto isso, tenta-se definir democraticamente a cor da pintura do prédio onde funcionará a sede do distrito.

caso, é evidente, como também a ambiguidade do papel de uma pessoa indígena atuando como contratada do governo. Mas este registro não satisfaz a compreensão do "problema de linguagem", mote destas linhas.

Tal "problema de linguagem" também não parece se dar por um desacordo quanto aos códigos ou construção de sentidos entre o pensamento indígena e o pensamento ocidental, mas um desacordo entre diferentes ideologias de linguagem que se manifesta em diferentes concepções do que se faz ao falar. Refletir sobre os problemas de comunicação pode informar sobre os processos concretos de produção de novas formas de significação, resultado do próprio trabalho de mediação (MONTERO, 2006), que não é livre de riscos, impasses e contestações (VALLE, 2015).

A situação aqui apresentada, a meu ver, aponta para aquele nível de abstração da linguagem que Bateson (1998) chamou de metacomunicativo, enunciado na primeira linha deste texto. É uma tentativa de explorar as situações em que a mediação falha (poderíamos também dizer performance) para refletir sobre a construção de espaços de mediação e de mediadores. Nesse caso específico, o que está em discussão não é a saúde propriamente, mesmo considerada em seu sentido mais amplo, como deveria se esperar de uma reunião de um Conselho de Saúde. Nesta situação parece estar em jogo tanto as regras quanto as relações.

Referências

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

BATESON, G. Uma teoria sobre brincadeira e fantasia. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Org.). *Sociolinguística interacional: antropologia, linguística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: Age, 1998. p. 57-69.

BAUMAN, R. *Verbal art as performance*. Massachusetts: Newbury House, 1977.

BAUMAN, R. *Story, performance and event*: contextual studies of oral narrative. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

BAUMAN, R.; BRIGGS, C. L. Poetics and performance as critical perspectives on language and social life. *Annual Review of Anthropology*, n. 19, p. 59-88, 1990.

BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html>. Acesso em: 15 set. 2016.

CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à participação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena*: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC, 2010. p. 83-106.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CRUZ, K. R. A saúde indigenista e os desafios da particip(Ação) indígena. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 185-198, 2012.

FERREIRA, L. B. *O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena:* uma reflexão bioética. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

GOFFMAN, E. Footing. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Org.). *Sociolinguística interacional*: antropologia, linguística e sociologia em análise do discurso. Porto Alegre: Age, 1998. p. 70-98.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 311-7, 2003.

HYMES, D. The ethnography of speaking. In: BLOUNT, Ben G. *Language, culture and society*: a book of readings. Cambridge: Winthrop, 1974a [1962]. p. 189-223.

HYMES, D. Sociolinguistics and the ethnography of speaking. In: BLOUNT, Ben G. *Language, culture and society*: a book of readings. Cambridge: Winthrop, 1974b [1962]. p. 335-369.

HYMES, D. On communicative competence. In: DURANTI, Alessandro (Ed.). *Linguistic Anthropology*: a reader. Malden; Mass: Blackwell, 2001 [1972]. p. 53-73.

KOPENAWA, D; ALBERT, B. *A queda do céu*: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KROSKRITY, P. V. Regimenting Language. In: *Regimes of Language:* ideologies, polities, and identities. Santa Fé: School of American Research Press, 2000. p. 1-34.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

MENÉNDEZ, E. L. Participação social como realidade técnica e como imaginário social. In: _____. *Sujeitos, saberes e estruturas*: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 199-266.

MONTERO, P. Índios e missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: MONTERO, P. (Org.). *Deus na aldeia:* missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Editora Globo, 2006. p. 31-66.

NEVES, D. P. Mediação social e mediadores políticos. In: NEVES, D. P. (Org.) *Desenvolvimento social e mediadores.* Porto Alegre: UFRGS Editora, 2008. p. 21-44.

OLIVEIRA, J. R. *Espíritos que regem o mundo*: o xamanismo entre os Yanomami do Rio Marauiá. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGA, Universidade Federal do Amazonas, 2013.

PELLEGRINI, M. A. *Discursos dialógicos*. Tese (Doutorado Antropologia Social) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

PELLEGRINI, M. A. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde: o desafio de participar. In: RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 139-142.

PELLEGRINI, M. A. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas:* reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004. p. 233-243.

SHANKLAND, A. J. L. *Speaking for the People:* Representation and Health Policy in the Brazilian Amazon. PhD Thesis – Institute of Development Studies, University of Sussex, 2009.

SOUZA LIMA, A. C. Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.) *Saúde indígena em perspectiva*: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, C. C. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico*/2009 [on-line]. jun. 2010. Disponível em: <http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H.; COSTA, N. M. A. Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

VALLE, C. G. do. Apresentação – etnicidade e mediação como política e cultura. In: _____. (Org.). *Etnicidade e mediação.* São Paulo: Annablume, 2015. p. 13-59.

WOLF, E. R. Encarando o poder: velhos insights, novas questões. In: FELDMAN-BIANCO, B.; RIBEIRO, G. L. (Org.) *Antropologia e poder*: contribuições de Eric R. Wolf. São Paulo: Editora UnB/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003.

WOOLARD, K. A. Language ideology as a field of inquiry. In: SCHIEFFELIN, Bambi B., WOOLARD, Kathryn A., KROSKRITY, Paul V. (Ed.). *Language ideologies:* practice and theory. New York; Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 3-47.

CAPÍTULO 11
DO "CLUBE DO CARIMBO" À ÉTICA DAS RELAÇÕES:
A CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV NA MÍDIA E NAS EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS[126]

Mónica Franch

No mês de março de 2014, circulou pela rede social Facebook a seguinte advertência: "Pessoal, se vcs forem ao Centro e por ventura alguém lhe aborda e pedirem pra vcs fazerem a medição da glicose... Denuncie, pois este está passando o vírus do HIV... repassando!" [sic]. Rapidamente desmentida por muitos internautas, porém endossada por outros, a mensagem pareceu reatualizar o clima de pânico moral que se instaurou nas décadas de 1980 e 1990, época em que proliferaram notícias

126 Agradeço a Soraya Fleischer e Carla Teixeira pelo convite ao evento Mediações e mediadores no campo das políticas de saúde (Brasília, 2013). Aos organizadores do livro pelas pertinentes sugestões à primeira versão deste capítulo. Registro igualmente meus agradecimentos a Silvia Nogueira, Rozeli Porto e Pedro Nascimento, pelo estímulo e pelas valiosas contribuições. Versões desse capítulo foram apresentadas no encontro da Rede Mandacaru (Maceió, 2013), na REA/ABANNE (Fortaleza, 2014) e na 1a Reunião de Antropologia da Saúde (João Pessoa, 2015). Sou grata pelos comentários recebidos em cada uma dessas ocasiões.

sobre supostas transmissões intencionais do vírus do HIV, tanto pela via sexual como, nos casos mais populares, fazendo-se uso de seringas e objetos cortantes supostamente contaminados. Quando parecia que esse tipo de notícia não passava de uma anedota extemporânea, duas reportagens divulgadas pela Rede Globo no programa Fantástico[127] trouxeram novamente à tona a questão da transmissão intencional do HIV. Anunciadas exaustivamente ao longo da semana, as reportagens levaram a público "o clube do carimbo", um suposto grupo de homens de práticas homossexuais que, sabendo-se soropositivos, fazem questão de transmitir o vírus a terceiros por meio de táticas enganosas, como furar a camisinha, retirar o preservativo em meio à relação sexual sem que o parceiro perceba, ou ainda participando de encontros sexuais "desprotegidos" sem informar aos potenciais parceiros da sua sorologia.

Embora a reação oficial e da sociedade civil tenha apontado para o caráter tendencioso dessas reportagens, seus efeitos logo se deixaram sentir pelo Brasil afora, tanto na publicação de matérias de conteúdo semelhante em diversos jornais, como pela reativação de "lendas urbanas" e boatos. Em João Pessoa, cidade onde venho desenvolvendo minhas pesquisas sobre HIV/aids[128], poucos dias após a exibição da primeira matéria do Fantástico, a imprensa local noticiou que duas mulheres afirmaram terem sido furadas com agulhas contaminadas num ônibus metropolitano. Ambas receberam profilaxia pós-exposição no Complexo Hospitalar Clementino Fraga, referência para doenças infecto-contagiosas no Estado.

Situações de exposição a riscos de infecção foram também encontradas nas narrativas colhidas por ocasião de uma pesquisa realizada, em João Pessoa, com casais LGBT sorodiscordantes

127 Nos dias 15 e 22 de março de 2015.

128 Adotarei sempre a grafia "aids" em minúsculo, inclusive quando estiver citando trabalhos de terceiros em que o nome da doença está escrito de outra maneira, para estabelecer uma padronização visual.

para o HIV/aids. À diferença da visão dicotomizada da mídia, que reforça a divisão entre vítimas e algozes – todo um clássico na história social das epidemias –, as narrativas dos entrevistados revelam uma complexa gramática do "pegar" e do "passar" o vírus, norteada pela ideia da confiança e seus correlatos (desconfiança e quebra de confiança), em relações marcadas por diferentes tipos de vínculo (estranhos, conhecidos, *ficantes*, namorados), e movidas por distintas intencionalidades (vingança, medo de perder o outro, vergonha). Aparecem, deste modo, como um interessante contraponto ao debate público em torno da transmissão do HIV, tanto no cenário alarmista da mídia, como nas decisões jurídicas, baseadas em ideias muito menos nuançadas sobre avaliação de riscos e responsabilidades individuais.

Neste capítulo, minha intenção é analisar as avaliações morais em torno da transmissão do HIV a partir de dois ângulos: de um lado, o discurso midiático, mais precisamente, o conjunto de matérias em torno do "clube do carimbo" veiculadas na mídia impressa e audiovisual no primeiro semestre de 2015; e de outro lado, as experiências de casais sorodiscordantes LGBT atendidos por serviços de saúde, ONGs e/ou que fazem parte de redes de apoio e sociabilidade em João Pessoa[129]. Ao tentar integrar esses dois polos de análise, minha intenção é interrogar até que ponto as experiências das pessoas diretamente afetadas pelo HIV/aids estão presentes no atual momento do debate sobre a transmissão do HIV, em sua face mais visível: a representação midiática.

Retomo, assim, interrogações que estão presentes nos estudos sobre o HIV/aids desde seus começos, e que se referem ao papel da mídia como agente privilegiado na construção

129 A base empírica para estas discussões provém de dois projetos: Sorodiscordância entre casais gays em João Pessoa: conjugalidade, práticas sexuais e negociação do risco (CNPq – 2010-2013) e Pegar e passar, de quem é a culpa? A criminalização da transmissão do HIV – uma abordagem antropológica na perspectiva do direito e de casais que vivem e convivem com o vírus. (CNPq – 2014-2016).

do "fenômeno social da aids" (HERZLICH; PIERRET, 2005). Entendendo que, nas sociedades contemporâneas, a mídia exerce cada vez mais um papel de mediação social (BOYER, 2012, p. 383), me pergunto, neste caso específico, em que direção circulam as mensagens veiculadas pela mídia, e a que fins elas acabam servindo. Ao mesmo tempo, interrogo que valores e noções a respeito de questões como responsabilidade, consentimento e intenção emergem das reportagens aqui analisadas, e até que ponto incorporam as experiências das pessoas diretamente afetadas pelo HIV/aids.

Longe de se tratar de um aspecto marginal no cenário atual da doença, as avaliações morais sobre as situações em que o vírus do HIV pode ser transmitido adquirem hoje uma relevância significativa face à tramitação no Congresso Nacional do Projeto de Lei 198/2015, que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da aids". De acordo com Valle (2011, p. 6), essa temática vem mobilizando as ONGs no campo do HIV/aids brasileiras, algumas das quais já completaram duas décadas de existência, e agora "parecem ter encontrado um novo foco de atuação através da posição crítica, ostensiva e pública contra as práticas de criminalização da transmissão do HIV". Num momento em que os avanços biomédicos, alicerçados, no caso brasileiro, em políticas de acesso universal ao tratamento, já garantiram inegáveis melhoras na qualidade e nas perspectivas de vida das pessoas com HIV/aids; e em que, por outro lado, ocorrem mudanças importantes no terreno da prevenção, com a inclusão da Profilaxia Pós-Exposição e do Tratamento como Prevenção[130], que situam o preservativo dentro de um conjunto mais amplo de estratégias preventivas, chama a atenção o arrefecimento de atitudes de cunho puramente punitivo, visando o enquadramento penal das pessoas vivendo com HIV, e que parecem desconhecer os referidos avanços e as novas questões e possibilidades trazidas por eles.

130 Também da Profilaxia Pré-Exposição que, no momento em que escrevo este capítulo, ainda não se encontra disponível pelo SUS.

Essa situação de aparente paradoxo incita uma série de questionamentos que incidem em valorações éticas e morais em relação ao problema da exposição de terceiros ao vírus do HIV. Com que noções de responsabilidade operam os diversos agentes envolvidos no debate atual sobre criminalização da transmissão? Podemos falar em responsabilidade individual em situações que envolvem práticas compartilhadas, como as relações sexuais? De que maneira estão, os diversos agentes, pensando questões como consentimento, intenção, risco e prazer? Existem responsabilidades diferenciadas para as pessoas soropositivas – a obrigação (moral? ética? jurídica?) de "confessar" sua sorologia diante da possibilidade de manter relações sexuais? Até que ponto o tipo de relação existente muda as obrigações e responsabilidades com o parceiro – situações de maior confiança, compromisso, tempo de relacionamento? De que modo as novas tecnologias de prevenção, principalmente o Tratamento como Prevenção, afetam os acordos e os pressupostos em relação a uso de camisinha e revelação sorológica?

A partir da análise empreendida neste capítulo, proponho pensar que os grupos mais diretamente afetados pela epidemia desenvolveram uma "ética da transmissão", em que situações de exposição à infecção são avaliadas, pelos seus protagonistas, a partir do que elas traduzem em termos de valores e expectativas de comportamentos recíprocos, pondo em evidência o caráter relacional da infecção e, por extensão, da própria doença. Trata-se de uma ética alicerçada na vida cotidiana e que repousa na capacidade humana de sermos sujeitos éticos e de avaliarmos eticamente as próprias ações e as dos demais (DAS, 2012, p. 133). Por outro lado, a maneira como essas questões vêm aparecendo na mídia, especificamente por ocasião do debate em torno do "clube do carimbo", tende a esconder o caráter relacional das situações em que pode ocorrer uma transmissão, jogando toda a responsabilidade sobre as pessoas vivendo com HIV. Nesse sentido, a mídia parece estar atuando muito mais no reforço de um discurso punitivo, atualizador de

antigos pânicos morais (THOMPSON, 1998), do que na tradução ou mediação das situações concretas, muitas vezes moralmente mais ambíguas, presentes no cotidiano das pessoas diretamente afetadas pelo HIV/aids.

Mediações perigosas: questões iniciais sobre mídia e mediação social no caso do HIV/aids

Antes de situar o debate sobre a criminalização da transmissão, começarei destacando alguns aspectos sobre o papel da mídia ao longo da história social da aids. Parto da compreensão de que, nas sociedades contemporâneas, a mídia é um importante agente de mediação social, responsável por pôr em prática "social transaction in its broadest sense of the movement of images, discourse, persons and things" (BOYER, 2012, p. 383). A abrangência e o impacto desse tipo de mediação em larga escala tem sido, há muito tempo, objeto de preocupação para a Antropologia[131]. Incluir a noção de mediação em meio a essas preocupações implica perceber que os conteúdos divulgados pela mídia circulam entre diversas esferas, ganhando uma dimensão que vai sempre além dos referenciais imediatos de experiência. Implica também dizer, como já mostrou Martín-Barbero (1997), que esses mesmos conteúdos estão mediados por determinadas construções que "delimitam e configuram a materialidade social e a expressividade cultural" (p. 292) de cada mídia. Em outras palavras, a mídia é simultaneamente sujeito e objeto de mediação, sendo o caso do HIV/aids um bom exemplo de como isso acontece.

131 Muitos outros antropólogos já fizeram isso. Minha aproximação ao campo da antropologia dos meios e das mediações (entendidas enquanto medicações midiáticas) está plenamente circunscrita ao terreno da discussão proposta: aids e, especificamente, criminalização da transmissão.

Sem sombra de dúvida, a dimensão que o HIV/aids tomou nas sociedades contemporâneas não pode ser bem compreendida sem levar em consideração a atuação dos meios de comunicação de massas. Nesse sentido, Herzlich e Pierret (2005), a partir de pesquisa realizada na França, mostram como a imprensa protagonizou um fenômeno de produção do real sem precedentes, transformando uma doença que atingia um número limitado de indivíduos em símbolo paradigmático dos nossos tempos: "Foi a imprensa que, em sentido estrito, fez existir a aids para o conjunto da sociedade" (HERZLICH; PIERRET, 2005, p. 73). As autoras situam entre os anos 1982 a 1986 a construção do "fenômeno social da aids", em seus planos científico, econômico, moral e cultural, indo das primeiras notícias sobre um "câncer gay" até o momento em que a doença conquista o espaço público. Ao longo desse tempo, o enfoque da imprensa foi se modificando, bem como os interlocutores trazidos à cena. Se, nos primeiros anos, os meios de comunicação atuam como tradutores das informações médicas ao público geral (não apenas divulgando-as, mas de modo a que essas informações fizessem sentido para os leitores), essa relação deixa de ser privilegiada à medida em que o HIV/aids se transforma num fenômeno mais complexo: "Um rompimento se configura entre atores que pararam de ser, uns as 'fontes' e os outros os 'mediadores'" (HERZLICH; PIERRET, 2005, p. 84). Com a emergência de um sujeito coletivo ligado ao HIV/aids, mais do que agir enquanto tradutora de linguagens, a imprensa se torna o próprio palco das intervenções dos atores mobilizados em torno da doença: "Declarações, tomadas de posição, ações diversas têm sempre como fim, pelo menos parcial, as repercussões que provocam na mídia" (HERZLICH; PIERRET, 2005, p. 90). Em síntese, se num primeiro momento a mediação social ocorre sobretudo num único sentido, o surgimento de novos atores no cenário do HIV/aids multiplica as direções em que as informações circulam, bem como eleva a mídia à posição de ator estratégico.

Essa mudança também é retratada por Champagne e Marchetti (1994), numa minuciosa análise sobre o que ficou conhecido como o "escândalo do sangue contaminado". Embora infecções por HIV devido a transfusões de sangue não testado tenham ocorrido em virtualmente todos os países do mundo nos confusos primeiros tempos da epidemia, somente a França responsabilizou judicialmente altos cargos da saúde pública por esse problema, o que em parte ocorreu devido ao papel da mídia na construção de um "escândalo" no início da década de 1990. Dinâmicas internas e externas ao campo do jornalismo dão conta desse fenômeno, mas o que interessa destacar aqui é o modo como uma parte da imprensa foi responsável por criar um ambiente de indignação moral, dando voz a atores cujas histórias possuíam um forte apelo dramático, com consequências, no mínimo, questionáveis em termos dos efeitos práticos provocados: "De même, le "scandale du sang contaminé" montre que le travail d'enquête est loin d'être positif lorsqu'il n'est pas entrepris avec une compétence minimale" (CHAMPAGNE; MARCHETTI, 1994, p. 57). A mudança no tratamento midiático dado à aids não passa despercebida aos autores, que falam de uma "desmedicalização" das informações relacionadas ao HIV/aids, e de uma progressiva dependência dos mecanismos concorrenciais próprios do campo jornalístico:

> Tout se passe comme si le sida tendait à redevenir un sujet journalistique comme un autre, c'est-à-dir un sujet qui n'implique pas un mode de traitment à part, ni un sérieux particulieur, ni même une responsabilité plus grande des journalistes vis-à-vis des informations qu'ils publient. Au nom de la 'liberte de l'information', toutes les opinions, ou presque, sont recevables, et tout peut donc être dit et publié, sous la seule réserve d'un "droit de réponse"ou d'un rectificatif, généralment discret [...] (CHAMPAGNE; MARCHETTI, 1994, p. 43)

Embora não de forma explícita, a análise de Champagne e Marchetti é perpassada pela questão dos limites éticos do trabalho jornalístico, o que precisa ser também problematizado em contextos como o brasileiro, em que a propriedade dos meios de comunicação de massas está concentrada num número limitado de grupos economicamente muito poderosos, o que tende a reduzir a pluralidade dos pontos de vista das análises apresentadas a público. Nessas circunstâncias, as possibilidades de "pautar" temas e impor visões de mundo, privilegiando uns interlocutores em detrimento de outros, são, se cabe, maiores. "Se a mídia tem o potencial de circular todo e qualquer repertório, e se grande parte do esforço de produção de sentido nos dias atuais está a ela associado, o que deve e o que não deve se tornar visível? A quem compete o papel da seleção?" (SPINK *et al*., 2001, p. 853).

Análises realizadas no Brasil, na sua maioria centradas na imprensa escrita, demonstram que o tratamento da mídia em relação ao HIV/aids foi se modificando ao longo do tempo (GALVÃO, 1992; FAUSTO-NETO, 1999; SPINK *et al*., 2001), em resposta à atuação permanente de organismos governamentais e do movimento social na inibição de conteúdos discriminatórios ou preconceituosos. Passou-se, deste modo, da exposição de notícias acusatórias e sensacionalistas à adesão ao "politicamente correto", "tornando possível a divulgação de informações mais atualizadas à população e, ao mesmo tempo, atuando como forte instrumento de transformação e fortalecimento de ordens morais locais" (SPINK *et al*., 2001, p. 854).

A mudança no tratamento dado às questões do HIV/aids na imprensa indica que, além de sujeito de mediação, a mídia é objeto de mediações, que podem incluir sanções sociais e legais quando os conteúdos divulgados são considerados ofensivos em relação às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA). Nesse sentido, o caso das matérias do "clube do carimbo", ao reatualizar o clima acusatório dos primeiros tempos da epidemia, emerge como um desafio. Seriam essas matérias indicativo de que

a sociedade civil, e até mesmo as agências oficiais nacionais e internacionais, não estão conseguindo mais influenciar o tipo de mensagens em circulação na mídia em relação ao HIV/aids? Que essas instâncias não estão, portanto, atuando como mediadoras das experiências das PVHA junto da sociedade mais abrangente, por meio da mídia? O que nos dizem as matérias do "clube do carimbo" a respeito da relação de forças no discurso público sobre HIV/aids nos dias de hoje? Embora a análise aqui empreendida não possa responder todas essas questões, espero apresentar elementos que ajudem a contextualizar esse episódio, ilustrando também algumas de suas implicações imediatas.

Procura-se um culpado: situando o debate sobre a criminalização da transmissão do HIV no Brasil

O debate em torno da criminalização da "transmissão intencional" do HIV põe em jogo noções morais como responsabilidade, consentimento, conhecimento, consciência e intenção. Ao abordar tais questões do ponto de vista antropológico, parto do princípio de que, no campo das moralidades, valores e práticas estão sempre em disputa[132]. Identificar os sujeitos *interessados* (no sentido dado por Bourdieu, 1996) nesse debate e conhecer suas posições é um primeiro passo para deslindar as tensões que cercam a questão da exposição/transmissão do vírus e das responsabilidades dali derivadas. Neste ponto de minha argumentação, abordarei esta diversidade a partir de quatro atores principais: mídia, legislativo, judiciário e movimento social.

132 Me alinho aqui às posições de Lambek (2014), Das (2012) e Shore (2014). Embora apresentem diferenças em suas compreensões sobre ética, moral e antropologia, trata-se de abordagens que priorizam o caráter contestado das questões éticas e morais e que primam pela busca de uma "ordinary ethics" (LAMBERK) ou uma ética calcada na vida cotidiana (DAS).

Fazendo uma análise de jornais em circulação nas décadas de 1980 e 1990, Mott (2002) chama a atenção para a pluralidade de atores que assumiram para si o papel de juízes e algozes em situações de presumida transmissão do vírus do HIV, incluindo jornalistas, profissionais de saúde, psicólogos, delegados, promotores e juízes, apenas para citar aqueles cujas posições alcançaram maior repercussão. Nesses primeiros tempos, presenciamos punições as mais diversas, indo do "desterro" de um cabeleireiro de sua cidade, nos idos de 1985, a detenções e tentativas de internamentos compulsórios. Os acusadores podiam ser desde pessoas de convívio íntimo com os acusados (maridos, mulheres e amantes, habitualmente ao término do relacionamento) a simples conhecidos que agiriam "pelo bem comum" ao denunciar as supostas transmissões dolosas.

O autor identifica três tipos de notícias que abordam a transmissão supostamente intencional do HIV nesse período. Em primeiro lugar, há aquelas em que o sangue (pretensamente) contaminado é colocado numa seringa e utilizado como arma com diversas finalidades (assaltos, fugas, agressões gratuitas). Outro conjunto de notícias refere-se à transmissão entre usuários de drogas, que ora buscariam infectar terceiros, ora não se importariam com essa possibilidade. Contudo, as notícias mais relevantes para minha discussão envolvem a transmissão por via sexual, abrangendo situações de conjugalidade em que o marido, em alguns casos a esposa, não informou seu cônjuge da sua condição sorológica, além de situações em que um ou vários soropositivos, geralmente classificados como prostitutas, travestis e "predadores" (homens que infectam mulheres, alguns deles bissexuais), espalhariam conscientemente o vírus para o maior número possível de pessoas, alegadamente motivados por um desejo de vingança. Valle (2011) também faz menção às notícias veiculadas nos anos 1990, e que contribuíram para um clima de "pânico moral" visando, sobretudo, a figura do "predador sexual", geralmente um homem apresentado como bissexual, ao qual às vezes também se acrescentam marcadores raciais.

Para Mott (2012, p. 168), "Essas acusações de contaminação intencional do vírus da aids não passam, em muitos casos, de meras suspeitas e ameaças" e se elas foram, em seu momento, levadas a sério, foi por um "excesso de zelo" motivado, no fundo, pelo que o autor denomina "aidsfobia". Apoiando-se em depoimentos de "especialistas", os *mass media* ajudaram a construir a imagem do soropositivo como um ser ressentido e vingativo, em matérias marcadas pelo sensacionalismo, a desinformação e o preconceito. Segundo o autor, houve mudanças positivas no modo como o jornalismo vem tratando esse assunto nos últimos tempos, como resultado das transformações no perfil da epidemia e também graças à ação permanente dos movimentos sociais. Escrito três anos antes da polêmica do "clube do carimbo", o artigo de Mott transparece otimismo em relação ao papel da mídia, o que precisa ser posto sob suspeição em face a eventos mais recentes. Tudo indica que, embora durante um tempo tenha existido uma suavização da "condenação midiática", essa condenação é passível de ser atualizada a qualquer momento, lançando-se mão, para isso, de estratégias muito semelhantes àquelas dos primeiros tempos da epidemia.

Em relação à legislação, tramita neste momento no Congresso Nacional o Projeto de Lei 198/2015, que propõe a inclusão da "transmissão deliberada" do vírus da aids no conjunto de crimes hediondos. Esta não é a primeira ocasião em que se tenta aprovar um projeto dessas características. De fato, o PL 198/2015, de autoria do Deputado Pompeu de Mattos (PDT/RS), nada mais é que uma reapresentação do PL 130/1999, do então Deputado Enio Bacci (PDT/RS), e ao qual foram apensados outros dois projetos de lei complementares (o PL 276/1999 e o

PL 4887/2001)[133], e que foi finalmente arquivado em 31/01/2015 depois de uma longa trajetória na Câmara. Na conjuntura atual, diante do que já foi considerado o Congresso mais conservador na história da democracia brasileira, aumentaram as chances de aprovação da criminalização da "transmissão deliberada" do HIV. O papel da mídia na formação de uma opinião pública favorável a essa aprovação não pode ser desconsiderado.

O PL 198/2015 propõe acrescentar ao artigo 1º da Lei 8.072 de 25 de julho de 1990 sobre crimes hediondos, o seguinte inciso: "IX – Transmitir e infectar, conscientemente e deliberadamente a outrem com o vírus da AIDS". Apensado a esse projeto, o PL 1971/2015, de autoria do Deputado Victor Mendes (PV/MA), propõe a inclusão da "prática de transmissão proposital do HIV como crime" tipificado no Código Penal. Sem pretender aprofundar nos detalhes formais desses projetos, é importante notar os pressupostos éticos que os norteiam. Em todos os projetos

133 É inegável que a maioria dos projetos de leis apresentados ao Congresso Nacional desde a aparição da aids no Brasil foram no sentido de garantir os direitos das PVHA. Neste capítulo, entretanto, apenas dou destaque aos projetos que criminalizam a transmissão: o PL 130/1999, de autoria do Deputado Enio Bacci (PDT/RS), "Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus do HIV"; o PL 276/1999, de autoria do mesmo Deputado, "Institui pena para a transmissão deliberada do vírus da aids"; e PL 4887/2001, do Deputado Feu Rosa (PSDB/ES), que "Considera crime contra a saúde pública a contaminação de terceiros com doença incurável de que se sabe portador, incluindo o contágio pelo vírus HIV/aids". Esses três projetos foram definitivamente arquivados no ano de 2015. Atualmente, tramitam o PL 198/215 (Dpto. Pompeu de Matos) e o PL 1971/2015 (Dpto. Vitor Mendes). O artigo de Valle (2011) menciona outras leis em tramitação, como a que criminaliza o não uso de medicamentos que possam prevenir a transmissão de doenças incuráveis de mãe para filho durante a gravidez, e que afeta especificamente às mulheres HIV+ (PL 1019/2011). Recomenda-se também o artigo de Pereira e Monteiro (2015), onde são apresentados tanto os projetos de lei como os enquadramentos mais comuns para denúncias de transmissão intencional no Brasil. Para mais informações sobre o andamento dos PL, consultar o site da Câmara Federal: <www.camara.gov.br>.

de lei apresentados até agora, trata-se de apurar unicamente a responsabilidade de pessoa com HIV em suas relações com outras pessoas. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade individual, que deve ser avaliada em relação, basicamente, a dois elementos: a intencionalidade e o conhecimento. Assim, os termos geralmente usados são "transmissão deliberada" e/ou "transmissão intencional", que dizem respeito à motivação da ação por parte da pessoa com HIV. Se avaliar a intenção de uma ação parece tarefa simples no texto legal, essa tarefa se torna bem mais complexas nas situações concretas de intimidade compartilhada. O que motiva, enfim, as pessoas a terem relações sexuais com as outras, independentemente de sua sorologia? Para dar conta dessa difícil resposta, os projetos parecem sugerir uma ligação entre intencionalidade e conhecimento, ou seja, a partir do momento em que uma pessoa recebe um exame positivo para o HIV, toda e qualquer relação desprotegida em que ele ou ela se envolver seria passível de ser enquadrada em "transmissão intencional". É o que defende o Deputado Pompeu de Mattos, na sua justificativa ao PL 198/2015 (extraída na íntegra do PL 130/1999):

> A doença mais conhecida como Aids ainda é incurável e mata com o decorrer o tempo. Os que infelizmente adquirem essa doença *sabem perfeitamente* que podem infectar se não tomarem todas as precauções necessárias para evitar o contágio, seja através de contato sexual ou por transmissão de sangue etc. (PL 198/2015 – Justificativa, grifo meu)

Nesse sentido, uma outra assimilação se perfila, que é aquela entre "conhecimento" e "consciência": ao serem conhecedoras de sua sorologia, as pessoas seriam automaticamente conscientes dela? E essa "consciência" as tornaria responsáveis de um modo diferente daqueles que não têm "conhecimento"?

Essa questão é um dos focos da análise de Valle (2011). Tomando como base o ativismo das ONGs/aids, o autor mostra como a incorporação dos saberes e práticas ligados às políticas de prevenção tornou-se a "pedra de toque" (p. 9) da automodelação pessoal da gestão dos riscos entre as pessoas vivendo com HIV, especialmente entre aquelas mais diretamente ligadas ao ativismo. Contudo, essa automodelação não impede que essas mesmas pessoas adotem eventualmente outros tipos de gestão de risco, menos alinhados com o ideário do "sexo seguro". Valle (2011) recusa-se a entender essas práticas como "fraqueza, contradição ou restrição das ONGs Aids" e nos convida a vê-las como resultado "da força ambígua das dinâmicas sexuais e do erotismo" (p. 13). Aponta, deste modo, para a "questão cultural da confiança e da relacionalidade da sexualidade" (p. 17), que entra em conflito com as interpretações jurídicas a esse respeito.

A ausência de uma legislação específica não impede que tenha havido condenações por exposição e transmissão do HIV no Brasil, fazendo-se uso de outras tipificações do Código Penal[134]. Segundo Guimarães (2011), a partir dos anos 2000, o ato sexual consensual sem uso do preservativo em situações em que um dos parceiros sabe ser portador do HIV tem sido considerado, com muita frequência, tentativa de homicídio simples ou qualificada, uma vez que a Justiça brasileira, apesar de todos os avanços ocorridos em matéria de tratamento e cuidado, ainda entende a aids como "moléstia grave, incurável e fatal" (p. 17). Outros crimes pelos que soropositivos já foram condenados incluem: perigos para a vida ou saúde de outrem; lesão corporal (gravíssima) por transmissão de enfermidade incurável; e lesão corporal seguida de morte. As penas previstas para esses crimes vão desde o pagamento de multa até a reclusão por 30 anos (diminuindo a pena de um terço a dois terços), esta

134 De acordo com Pereira e Monteiro (2015, p. 1187), a criminalização da transmissão inclui a criação de leis específicas, mas também a punição seguindo leis já existentes.

última em casos considerados como tentativas de homicídio qualificado por meio insidioso, que, ainda segundo Guimarães (2011), é uma condenação frequente no Brasil. As condenações parecem ter se suavizado após o ano de 2010, quando um caso julgado no Supremo Tribunal Federal sentou jurisprudência no sentido de enquadrar a transmissão intencional como transmissão de doença grave, ao invés de tentativa de homicídio (PEREIRA; MONTEIRO, 2015, p. 1196).

Quanto ao panorama internacional, encontra-se bem dividido: 56 países têm legislações específicas, enquanto 63 não as possuem. Fazendo análise da literatura internacional, Pereira e Monteiro (2015, p. 1187) mostram que Estados Unidos e Canadá possuem leis rigorosas e aplicam penalidades igualmente severas em relação às PVHA que mantêm relações desprotegidas sem terem informado seus/as parceiros/as da sua condição sorológica. Alguns países africanos também possuem leis que criminalizam a transmissão, enquanto certos países asiáticos estariam, ainda segundo as autoras, repensando esses processos e flexibilizando suas leis, face aos avanços no tratamento e cuidado da doença. Em todos os casos, Pereira e Monteiro chamam a atenção para o caráter estigmatizante das leis e penalidades, que são invariavelmente aplicadas com maior rigor quando se trata de grupos mais vulneráveis ou estigmatizados.

No Brasil, o movimento social em torno do HIV/aids rejeita o enquadramento da transmissão sexual do HIV como homicídio doloso (com intenção de produzir o resultado morte), mesmo em aqueles casos em que a exposição (alegadamente) redundou em infecção e morte da pessoa afetada. Também rejeita a criação de leis específicas, como o PL 198/2015, que costumam propor penas bem acima das que atualmente são previstas nas tipificações do Código Penal. Dentre os muitos argumentos apresentados por Guimarães (2011), destaco os seguintes: 1) as condenações desconsideram os avanços científicos e tecnológicos no manejo da aids, que a tornaram uma doença de longa duração, e não uma doença necessariamente "mortal e fatal"; 2) a ideia do

"dolo" implica que as pessoas vivendo com HIV/aids têm relações sexuais sem preservativo "com a intenção" de matar, quando em verdade essas pessoas têm os mesmos motivos que quaisquer outras para isso: amor, desejo, medo da solidão etc.; 3) se tratando de relações consensuais, o movimento é de opinião que Estado não deveria intervir, pois há uma responsabilidade compartilhada entre duas pessoas que resolvem se envolver sexualmente sem fazer uso de preservativo. Acresce-se a essas argumentações o fato de ser difícil provar que a transmissão do vírus correu um determinado caminho (de uma pessoa para outra). No Reino Unido, por exemplo, o demandante precisa mostrar um teste negativo antes de ter tido relações com o acusado, e também provar que apenas manteve relações sexuais com este. No Brasil, os movimentos denunciam que a simples acusação termina servindo como prova, o que denota a persistência de julgamentos *a priori* em relação às PVHA, em especial àquelas que se encaixam em categorias acusatórias – profissionais do sexo, travestis, homossexuais e "predadores".

Em síntese, no discurso público sobre criminalização, os argumentos favoráveis parecem ganhar força, sobretudo na mídia e no legislativo, apoiando-se na associação simbólica aids/morte criada nos primeiros tempos da epidemia, e numa percepção de responsabilidade individual do sujeito soropositivo, mesmo estando em situações eminentemente relacionais. Lidamos aqui com uma noção de pessoa que valoriza aspectos como: conhecimento/consciência da doença, responsabilidade individual, autonomia e propriedade do corpo e suas substâncias, aspectos solidários com a noção de indivíduo-valor (DUMONT, 1985), minimizando questões intersubjetivas passíveis de interferir nas decisões preventivas dos indivíduos envolvidos em relações sexuais consensuais.

Nas seguintes páginas, veremos como essas noções são tratadas de forma distinta nos recentes episódios midiáticos envolvendo o "clube do carimbo" e nas narrativas de PVHA, especificamente de casais sorodiscordantes para o HIV/aids.

A polêmica em torno do "clube do carimbo": ações, reações e acusações

O conjunto de notícias, notas e reportagens que circularam em diversos meios de comunicação no primeiro trimestre de 2015 em torno do chamado "clube do carimbo" constitui um bom exemplo do que Champagne e Marchetti (1994) denominam circulação de notícias no campo jornalístico: "L'information importante est celle qui est considérée comme telle par l'ensemble des supports de presse qui comptent dans la fabrication de l'information dominante, certains ayant un pouvoir dans le champ supérieur à d'autres" (p. 60).

O estopim inicial parece ter sido um comentário anônimo realizado num fórum virtual LGBT, denunciando a existência de um blog em que algumas pessoas soropositivas estariam trocando dicas sobre transmissão intencional do vírus HIV, o "Novinho Bareback", que em seguida saiu do ar. O site *Terra* ampliou esse comentário para seus leitores no dia 2 de fevereiro de 2015, numa notícia intitulada "Grupo difunde táticas na web para espalhar o vírus HIV[135]", em que incluía algumas postagens do referido blog, além de diversas análises sobre o tema. Em 22 de fevereiro, dois jornais de circulação nacional abordaram, simultaneamente, o mesmo assunto, embora com diferente destaque – o *Estado de São Paulo* fez uma reportagem com três notícias ("Os homens que passam o HIV de propósito", "Transmissão proposital passa estritamente pelo prazer", "Transmitir propositalmente o HIV indica transtorno psiquiátrico"[136]), enquanto o jornal *O Globo* publicou uma única notícia

135 A maior parte das notícias foi pesquisada no site da Agência de Notícias da Aids (<www.agenciaaids.br>). A reportagem do site Terra está disponível em: <https://noticias.terra.com.br/brasil/grupo-difunde-taticas-na-web-para-espalhar-o-virus-hiv,2d2024d11c71b410VgnVCM3000009af154d0RCRD.html>.

136 Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,os-homens-que-passam-o-hiv-de-proposito,1637673>.

("Clube do carimbo: soropositivos pregam técnicas de transmissão do HIV de propósito[137]"). Alguns dias depois, o *Estadão* publicou uma entrevista com Richard Parker, antropólogo e ativista da ABIA, retomando o assunto, desta vez do ponto de vista do movimento ONG/aids[138]. A *Folha de São Paulo*, por sua vez, abordou o tema *bareback* numa matéria no mesmo período, embora sem mencionar os "carimbadores[139]".

Um mês depois da primeira matéria do site *Terra*, o "clube do carimbo" entrou pela porta grande na mídia televisiva, com a exibição de duas reportagens no programa *Fantástico* da Rede Globo, nos domingos dias 15 e 22 de março. As redes sociais e jornais de circulação local repercutiram a matéria em diversas regiões do país, bem como publicaram notícias que davam conta da criação de um clima de pânico moral em relação à possível transmissão intencional do vírus. No *Jornal da Paraíba,* por exemplo, notícia publicada em 24/03/2015 indicava que "Portadores de HIV usam seringa para 'carimbar' vítimas em João Pessoa[140]". A notícia do "clube do carimbo", que surgiu localmente e fora da mídia *mainstream,* havia se espalhado por todo o Brasil, associando outros temas, principalmente o *bareback,* e reativando, igualmente, "lendas urbanas" como a da seringa contaminada.

Embora seja possível encontrar nuanças e diferenças entre elas, as diversas matérias e reportagens em torno do

---

137 Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/clube-do-carimbo-soropositivos-pregam-tecnicas-de-transmissao-do-hiv-de-proposito-15406286>.

138 No dia 28/02/2015: Disponível em: <http://alias.estadao.com.br/noticias/geral,sexo-inseguro,1641610>.

139 Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/2015/02/1594341-virei-um-cacador-do-virus-hiv-diz-praticante-de-roleta-russa-do-sexo.shtml>.

140 Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/noticia/147986_portadores-de-hiv-usam-seringa-para-carimbar-vitimas-em-joao-pessoa>.

"clube do carimbo" possuem convergências claras: em todos os casos, o foco reside em práticas homossexuais; em todas as menções, a questão da transmissão intencional é aproximada/confundida com o *bareback;* em nenhuma das matérias é devidamente explorado o tema da terapia antirretroviral e de seus efeitos em termos de diminuição dos riscos de transmissão do vírus; todas as referências mencionam implicações legais da transmissão intencional; em todos os casos, por fim, sugere-se a existência de uma correlação entre "clube do carimbo" e/ou o *bareback* e o aumento da incidência de HIV entre homens jovens HSH. Estabelece-se assim uma linha argumentativa que vai das atitudes individuais a seus efeitos coletivos, na forma de responsabilidades penais/legais e de tendências epidemiológicas.

Deste modo, o personagem que ganha destaque no conjunto de matérias e reportagens é um homem, frequentador de encontros sexuais com outros homens, que não faz uso de preservativo, e que busca transmitir o HIV "de propósito". É no campo das "intenções", dos "propósitos", portanto, que se situa a condenação moral e onde se busca atribuir responsabilidades. As matérias fazem, igualmente, uma associação muito pouco matizada entre transmissão intencional e *bareback* ("barebackers formam o "clube do carimbo", *Estadão,* 22/02/2015). Tal associação permite ir além de uma prática que todos os meios investigados precisam admitir como sendo "minoritária", ampliando o alcance da notícia. Na ausência de "provas" das supostas contaminações intencionais, principalmente após a retirada do ar do site que deu início às notícias ("Novinho Bareback"), o *bareback,* fartamente documentado[141], fornece o suficiente material para alimentar o sentimento de escândalo.

Afora isso, a confusão carimbo/*bareback* põe em evidência que a condenação moral subjacente à polêmica do clube do carimbo vai além da possibilidade de causar danos a terceiros

141 Inclusive em artigos científicos. A matéria do site Terra incorpora as análises de um artigo sobre bareback escrito pelo pesquisador Luis Augusto Vasconcelos da Silva (2009).

sem o seu consentimento. Ela condena, no fundo, a prática de uma sexualidade considerada dissidente: homossexual, não doméstica e que rejeita o preservativo, alçado à qualidade de símbolo de uma sexualidade consciente, responsável e bem-comportada, a única sexualidade a que as PVHA poderiam aspirar. A busca do prazer emerge, nesse sentido, como uma motivação não legítima para as práticas sexuais que se espera condenar. É o que podemos ver, por exemplo, na chamada do *Estadão* – "Transmissão proposital passa estritamente pelo prazer". É desse mesmo jornal a seguinte fala de um dos entrevistados: "Não vou ser hipócrita e dizer que não curto (sexo sem camisinha). Curto sim, assim como a maioria curte. Nunca faço sexo com camisinha e postei as dicas porque a galera gosta e sente fetiche".

A distância entre o "fetiche" e as situações concretas de exposição à transmissão do vírus não é percorrida nas matérias acima mencionadas. Fazê-lo implicaria abordar, entre outras questões, as terapias antirretrovirais e o tratamento como prevenção, estratégias de redução de danos como o *serosorting* ou a segurança negociada e, ainda, a possibilidade de a soroconversão ser significada, pelos sujeitos, de modo não negativo, o que questionaria a lógica securitária que domina a discussão sobre o HIV/aids. Ao invés disso, o que vemos é o estabelecimento de uma dicotomia em que às PVHA são atribuídas uma série de obrigações e responsabilidades, na hora de envolver-se sexualmente com outras pessoas, que não levam em consideração nem seus próprios desejos, nem os desejos e responsabilidades de seus parceiros. Um exemplo claro disso está na obrigação, que emerge em algumas notícias, de "confessar" a própria sorologia. Na primeira reportagem do Fantástico, um entrevistado apresentado como "carimbador" diz "Não faço sexo com camisinha com ninguém", e o repórter pergunta: "Mas aí você não fala que é HIV", ao que o entrevistado responde: "Não". Nesse rápido diálogo, em que a pergunta funciona como acusação, são silenciadas inúmeras outras questões, desde o estigma contra as PVHA, à posição/desejo/responsabilidade do eventual

parceiro, e inclusive o risco concreto, à margem do "fetiche", de a infecção acontecer, uma vez que o entrevistado afirmou estar em tratamento há 10 anos e "controlado". Certamente, há muitos dilemas éticos e morais a serem enfrentados no contexto atual, em que ficou comprovada a eficácia da manutenção do tratamento na diminuição dos riscos de transmissão do vírus, mas eles estão ausentes nas matérias analisadas. O que vemos, especialmente nas reportagens televisivas, é um reforço da dicotomia vítimas/algozes, a partir da construção de um personagem moralmente desprezível: o "carimbador".

As reações ao conteúdo das matérias sobre o "clube do carimbo", principalmente das duas reportagens do Fantástico, não se fizeram esperar. A Unaids[142] e o Departamento de DST, aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde[143] publicaram notas contestando o teor das matérias. Diversas ONG/Aids, blogs de ativistas e revistas on-line alinhadas com a defesa dos direitos das populações LGBT também lançaram notas públicas de repúdio, destacando o caráter preconceituoso das reportagens (centradas em práticas homossexuais) e sua defasagem em relação às novas formas de prevenção (principalmente o tratamento como prevenção), além de mostrar preocupação em relação ao possível impacto desse tipo de notícia na reprodução do pânico moral dirigido às pessoas vivendo com HIV/aids[144]. Algumas

142 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. A nota foi posteriormente retirada do ar, mas pode ser acessada em: <http://revistaladoa.com.br/2015/03/noticias/caso-clube-carimbo-unaids-declara-preocupacao-com-abordagem-imprensa-brasileira>.

143 Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/departamento-de-dst-aids-e-hepatites-virais-teme-retrocesso-e-aumento-de-discriminacao->.

144 Ver, entre outras, as notas da ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. A nota pode ser acessada em: <http://abiaids.org.br/abia-condena-reportagem-exibida-no-fantastico-sobre-o-clube-do-carimbo/28188>; a resposta do ativista Diego Callisto, que foi entrevistado na primeira reportagem do Fantástico, mas que não aprovou a edição de sua fala: <http://ladobi.uol.com.br/2015/03/30-fatos-hiv-aids-fantastico-clube-carimbo/>.

respostas destacaram a pouca credibilidade dessa notícia[145], em outras, foi destacada a desproporcionalidade das matérias, que criavam alarme social em relação a uma prática, se existente, certamente minoritária. As reações também apontaram para a possível influência das reportagens do "clube do carimbo" no fortalecimento dos setores que defendem a criminalização da transmissão, o que faz um fraco favor às políticas integrais de prevenção e cuidado das PVHA:

> A ABIA esclarece que a abordagem usada pelo *Fantástico* gera mais "pânico moral", reforça preconceitos e estigmas contra jovens gays e soropositivos com reflexos negativos na vida das pessoas. A reportagem é também um "desserviço" para a população na construção de uma resposta eficaz à epidemia na medida em que desloca para os supostos "carimbadores" a responsabilidade pela transmissão entre jovens gays.

Já no legislativo, a polêmica em torno ao "clube do carimbo" caiu como uma luva para os defensores da tipificação da transmissão do HIV, e da sua consideração enquanto crime hediondo. De acordo com Pereira e Monteiro (2015), a divulgação dessas notícias foi responsável pelo desarquivamento do PL 4887/01 e pela sua reapresentação, por parte do deputado Pompeu de Mattos. A proximidade das datas entre o aparecimento desse debate na mídia e a apresentação do PL 198/15, no dia 04/02/15, se não nos permite falar num "agendamento" por parte da mídia, nos convida, ao menos, a cogitar a existência de uma "afinidade eletiva" entre ambos os setores, servindo como alerta quanto ao avanço das condições para a criminalização da transmissão. Essa nada estranha coincidência está marcada na justificação do PL 1971/2015, de autoria do Dpto. Victor Mendes, e apensado ao PL 198/2015:

---

145 Disponível em: <http://www.brasilpost.com.br/jovem-soropositivo/clube-do-carimbo-nao-faz-sentido_b_6875906.html>.

> Recentemente tivemos maior destaque na mídia com a notícia de pessoas ou grupos de pessoas que, cientes que estão infectados pelo vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), deliberadamente o transmitem a outros cidadãos não infectados pela simples vontade de infectar outras pessoas. A prática prolifera-se também pela internet, onde muitas pessoas infectadas incentivam a formação de "grupos de carimbadores", assim denominadas essas pessoas portadoras do vírus que se propõem a propositalmente transmitir o vírus ao maior número de pessoas possíveis.

Em seu clássico estudo sobre o tratamento midiático aos confrontos entre *mods* e *rockers* na Inglaterra dos anos 1960, Cohen (1972) definiu "pânico moral" a partir dos seguintes elementos: algo ou alguém é definido como uma ameaça aos valores ou interesses da sociedade; essa ameaça é abordada/moldada pela mídia de modo a fazê-la facilmente reconhecível; isto gera uma preocupação social crescente; que redunda numa demanda de mudança social. Além disso, para poder se falar em pânico moral, as práticas ou grupos objeto de atenção precisam, de algum modo, serem apresentados como ameaçadores em relação a aspectos moralmente sensíveis para a sociedade (THOMPSON, 1998, p. 8). Pela sua associação histórica às sexualidades dissidentes, a questão da aids tem se prestado recorrentemente para a atualização de pânicos morais. A polêmica em torno do "clube do carimbo" é o exemplo mais recente.

Da condenação moral à ética da transmissão: narrativas de casais sorodiscordantes LGBT

Na última parte do capítulo, busco mostrar de que maneira a exposição ao risco e a transmissão do HIV são significados por pessoas diretamente afetadas pelo HIV/aids. Para isso, trago à lume dados de uma pesquisa antropológica realizada junto a casais sorodiscordantes LGBT em João Pessoa. Esse recorte tem

diversos interesses para pensar as questões aqui abordadas. Por um lado, os casais sorodiscordantes, tanto heterossexuais como homossexuais, exercem cotidianamente uma gestão do risco de transmissão do vírus ao parceiro soronegativo, sendo que as pesquisas demonstram que essa gestão raramente corresponde à norma preventiva que ditaria o uso do preservativo em todas as relações[146] (MAKSUD, 2012; PERRUSI; FRANCH 2012; SILVA, 2012). Em segundo lugar, o fato de se tratar de casais LGBT traz para a cena sujeitos que são percebidos de forma polarizada em relação ao risco: homens gays, travestis e bissexuais aparecem como "grupos de máximo risco", enquanto mulheres lésbicas representam o polo de menor risco de contágio. Por fim, boa parte das denúncias feitas contra pessoas vivendo com HIV teve sua origem em relações que um dia foram sorodiscordantes, e em que o soronegativo foi pretensamente contaminado.

Para expor as narrativas relativas à transmissão, proponho uma gradação (não rígida) entre situações de menor proximidade/intimidade/confiança para aquelas em que esses três elementos estão mais presentes. Começando pelas situações que destacam elementos de nenhuma proximidade/intimidade/confiança, alguns relatos fazem eco do clima de pânico moral dos anos 1980 e 1990:

> Eu corri atrás de uma coisa chamado respeito, dignidade, mostrar que um portador não é aquilo que antigamente e nem aquela imagem que as pessoas tinham que tipo assim, *que um portador vai sempre andar com uma seringa dentro da bolsa, porque já aconteceu casos em Bayeux* [município vizinho a João Pessoa]. *Antigamente, teve uma época que teve a história da seringa que andava atrás do povo com uma seringa, mas foi verdade* (FÉLIX, HIV+, 32 anos; grifo nosso).

146 A prevenção combinada, que inclui o Tratamento como Prevenção, a PREP e a PEP, não se discutia ainda oficialmente no Brasil no momento em que as entrevistas foram realizadas. Mesmo hoje, há muitas resistências a ampliar a norma preventiva no cotidiano do serviço.

A "história da seringa", narrada entre a crença e a descrença por Félix, testemunha um momento histórico em que a aids suscitava fortes medos coletivos, alimentando o surgimento de boatos. Esta é, contudo, um tipo de apreensão passível de ser atualizada a qualquer momento, como mostra a notícia anteriormente mencionada sobre a mulher que relatou ter sido furada por uma seringa contaminada num ônibus em João Pessoa. Histórias sobre homens sem rosto, em lugares anônimos, condensam representações da aids como doença que vem "de fora", como "doença do outro" (KNAUTH, 1997). Constituem, também, uma imagem em negativo, da qual é preciso se afastar para conquistar "respeito" e "dignidade".

Se a "história da seringa" teve uma aparição esparsa na pesquisa, foi mais recorrente a ideia de que muitas pessoas "não estão nem aí" para a possibilidade de contagiar terceiros, ou, ainda, que transmitem intencionalmente o vírus:

> E esse rapaz foi bebendo, me levou pra Torre [bairro em João Pessoa], e quando chegou lá, só gente que não presta. Tipo assim: "*Não sei quem botou em mim, então lasque-se!*" A história é essa. Como outro que disse outra vez na reunião: *"Deus disse: crescei e multiplicai"*. E já ouvi de vários, já. *"Já que eu não sei quem colocou em mim, então, se lasque"*. É o pensamento que esse povo tem. *São uns assassinos* (ANTÔNIO, HIV-, 52 anos; grifo nosso).

A fala acima tem seu contexto. O "rapaz" é um jovem com quem Antônio teve um relacionamento extraconjugal, pivô de um dos mais fortes desentendimentos do casal, e que depois se revelou como um sujeito pouco confiável. A descrição dos amigos dessa pessoa a partir de sua suposta disposição para infectar terceiros faz parte da caracterização desse personagem a partir de atributos moralmente condenáveis. A lógica apresentada por Antônio remete a uma reciprocidade negativa (SAHLINS, 1972), em que o vírus aparece como uma dádiva indesejada, recebida

de um desconhecido, que precisa ser redistribuída para os demais – "crescei e multiplicai". Aproxima-se, deste modo, da caracterização dos "carimbadores" apresentada pela mídia, embora não tenha usado esse nome em nenhum momento. O julgamento de Antônio a respeito desse tipo de atitude não deixa lugar a dúvidas: "São uns assassinos", uma expressão que reforça a forte ligação simbólica entre aids e morte, a despeito da cronificação da doença e, mais recentemente, dos avanços no terreno da prevenção.

É possível encontrarmos afinidades entre a história da seringa, a acusação presente na fala de Antônio e as notícias do "clube do carimbo". Em todos os casos, a transmissão é vista como um ato intencional e consciente. Em todos os casos, os "contaminados" aparecem como vítimas incautas. Todas as histórias contribuem para o reforço das barreiras simbólicas entre nós/sãos e os outros/doentes, nós/vítimas e os outros/algozes, situando-os em polos opostos no que diz respeito à responsabilidade de suas ações recíprocas. Todos os relatos, por fim, nutrem-se da desconfiança em relação a terceiros, muito reforçada nos inícios da epidemia por propagandas do tipo "Quem vê cara não vê aids".

Na maioria dos relatos de *pessoas vivendo,* contudo, essas mesmas questões costumam se apresentar de modo muito menos dicotômico. Em primeiro lugar, a interação sexual não é mais posta em termos de vítimas e algozes. Na fala de alguns soropositivos, os parceiros sexuais também são apresentados como tendo sua parcela de responsabilidade na proteção, especialmente em situações de sexo ocasional ou quando se trata de relações não percebidas a partir do compromisso. Essa corresponsabilidade aparece de forma muito marcante quando comparada a pesquisas realizadas com casais heterossexuais (FRANCH *et al.,* 2013), o que pode estar relacionado à autopercepção deste coletivo como sendo "grupo de risco". Neste sentido, não usar camisinha num encontro sexual ocasional implicaria

aceitar o risco implícito de uma possível transmissão. Mais do que isso, não fazer questão de usar preservativo em relações eventuais, sem indagar a condição sorológica do outro, pode ser interpretado como uma mensagem indireta de que já se tem o vírus. É o que nos disse Lúcio (HIV+, 37 anos), que logo na primeira noite em que teve relações com Rafael dispensou o preservativo. Uma vez que Rafael não pediu a camisinha, Lúcio subentendeu que ele também seria PVHA, mal-entendido que somente seria dirimido algum tempo depois. No mesmo sentido, a travesti Agrado (HIV+, 34 anos) se diz muito desconfiada em relação aos homens que lhe propõem não usar camisinha, pois eles certamente têm o vírus.

Embora as explicações para a exposição de terceiros à transmissão do vírus possam ser entendidas como desculpas (WERNECK, 2009), elas também revelam uma desconstrução ativa da imagem do "aidético" como transmissor do mal, apelando para uma responsabilidade compartilhada nas interações sexuais. Trata-se de interpretações que refletem a própria trajetória de entrevistados que se infectaram em algum momento de suas vidas, mas nem por isso se sentem vítimas ou responsabilizam um terceiro pela infecção. Lúcio é muito claro ao afirmar que não culpa ninguém pelo fato de ter contraído HIV, pois todas as pessoas, em algum momento da vida, têm relações desprotegidas, independentemente de sexo ou orientação sexual. Esse tipo de compreensão elimina a ideia de "falha moral" em relação às pessoas que transmitem e que adquirem o vírus, e é uma estratégia retórica muito eficaz de normalização, tratando o contágio como um "acaso" e não como um erro, ou até mesmo como um risco. Ao mesmo tempo, Lúcio também desloca a responsabilidade pela prevenção para ele próprio, que não se cuidou "porque não quis", expressão que reproduz o discurso biomédico de responsabilização individual pela própria saúde e, neste caso, pela infecção.

Os relatos dos soropositivos também são reveladores das diversas motivações e de processos que conduzem à não adoção da norma preventiva, o que nos convida a pensar nos limites das ações de prevenção baseadas no uso exclusivo do preservativo. Comecemos pela história de Sandro (HIV+, 28 anos). Sua narrativa relaciona o uso do preservativo a outras mudanças de comportamento ligadas ao "cuidado de si", apontando para a presença de um "dispositivo da aids" (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009) que insere a doença num quadro moralizante de condutas. Sandro relata que, ao saber do diagnóstico, o médico fez um chamado à responsabilidade individual: "Sua vida só depende de você". Aqui, a PVHA é parceira do serviço de saúde na gestão de sua infecção e eventual doença, o que se encaixa no modelo de individualização das doenças na contemporaneidade, discutido em outras pesquisas sobre sorodiscordância (PERRUSI; FRANCH, 2012). Depender de si mesmo significa que Sandro deve, a partir do momento do diagnóstico, mudar de hábitos, empreender uma "vida saudável" e também ter cuidado no que diz respeito à possível transmissão do vírus, aspectos interligados nesta "automodelação" de si (VALLE, 2011). Entretanto, logo nos primeiros tempos, ele não fez nada do que lhe foi indicado, continuando com sua vida pregressa: saídas noturnas, uso frequente de bebidas alcoólicas, sexo desprotegido. Uma vez que essa atitude estava em diálogo com a prescrição médica, ela é descrita como "fuga" e "revolta", expressões que denotam a resistência ao enquadramento moral e comportamental pregado pelo serviço de saúde:

> Eu estava tipo revoltado, vamos dizer assim, mas eu sabia o mal que eu estava fazendo praquela pessoa [não usando camisinha numa relação sexual] e o mal que estava fazendo pra mim. Sempre ouvi o médico: "Sandro, a sua vida só vai continuar se você quiser, se você não quiser... A sua vida depende de você, só de você a partir de hoje". Quando eu fazia burrada, aí vinha as palavras do médico, aí eu ficava triste, ficava deprimido (Sandro, HIV+, 28 anos).

Retrospectivamente, Sandro acredita que "as burradas" faziam mal para os outros (responsabilidade individual pela prevenção), mas sobretudo para ele próprio, o que terminou sendo confirmado pela piora de seu estado de saúde e a necessidade de começar a tomar medicação: "se eu tivesse levado a sério desde o dia primeiro que eu descobri que era soropositivo, ter me prevenido de algumas coisas, eu poderia estar muito bem, sem estar tomando remédio". O relato de Sandro é interessante porque ele demonstra o papel do serviço de saúde na regulação moral ligada à vivência de ser pessoa com HIV/aids, sendo o uso contínuo de preservativo uma parte da nova "vida regrada" a que o paciente deve aderir.

Outra ordem de obstáculos apresentada pelos soropositivos quanto ao uso permanente da camisinha em relações de tipo esporádico diz respeito à dificuldade de negociação desse insumo. Entre homens que fazem sexo com homens, essa dificuldade não deixa de ser uma surpresa em relação à hipótese inicial, que apontaria para um impacto maior do rótulo de "grupo de risco" nesse coletivo, no que diz respeito à adoção da norma preventiva. O relato de Sandro sobre os artifícios retóricos de que precisa se valer para garantir o uso da camisinha em relações sexuais esporádicas ou no início de relacionamentos sugere que o uso da camisinha é menos habitual do que poderíamos pensar:

> **Sandro** (HIV+, 28): [...] os relacionamentos que eu tinha eu já sabia que era vivendo [com HIV], mas eu não chegava a contar pros meus parceiros, eu sempre mantinha o relacionamento com camisinha, eu sempre tive aquele cuidado. O parceiro que pedia "vamos fazer sem camisinha" eu dava uma de puro: "eu não transo sem camisinha, não sei mais o quê", ficava inventando historinhas: "não sei até quando vamos está namorando, não sei se vou estar contigo pra toda vida". E disse a ele [atual namorado] que não ia transar sem camisinha "porque não sei o que eu tenho e tu, sabes o que você tem?". Ele falou que não. "Então, pois é, eu não vou ficar arriscando a nossa vida, você entende? A gente não vai ficar trocando bichinhos um pro outro". A gente ficava brincando um com o outro só pra descontrair. Assim foi.

Entrevistadora: Mas a maioria aceitava brincadeira?

Sandro: Tipo assim eu tentava fazer esse tipo de brincadeira pra não ficar um clima assim mais sério.

Como pode ser visto no trecho acima, para garantir o uso do preservativo, faz-se necessário "contar histórias", fabular, esconder, ocultar, o que remete a uma suposta obrigação moral de colocar a soropositividade para terceiros. Obrigação ligada, em última instância, ao caráter confessional das questões afeitas à sexualidade, como já apontou Michel Foucault (1993). A necessidade de fabular, por outro lado, indica até que ponto a exigência da camisinha em sexo eventual não é tão comum como se pode pensar, uma vez que é entendida como "dar uma de puro". No mesmo trecho, Sandro apresenta a correlação sexo eventual/segredo/exigência de camisinha: "não sei até quando vamos estar namorando, não sei se vou estar contigo para toda vida [...] não sei o que eu tenho e tu, sabes o que você tem? [...] Não vou ficar arriscando a nossa vida, você entende?" Arriscar a vida é algo que cabe em outros contextos, mediados pela confiança e pela aparição de um afeto mais duradouro.

Ainda no campo das relações eventuais, é interessante perceber o papel que o controle da reputação exerce como regulação moral, fortalecendo o uso do preservativo e evitando uma possível infecção de terceiros. Nas passagens grifadas no trecho transcrito a seguir, fica evidenciado que a possibilidade de "levar culpa" é uma importante motivação para a adesão do entrevistado à norma preventiva. Apenas na última frase, a responsabilidade pela prevenção torna-se uma preocupação de foro íntimo, de "consciência":

Pesquisadora: Algum parceiro já foi contigo [ao hospital]?

Félix: Vários, o J., que virou garoto de programa, cheguei nele e perguntei: "tu tiveste quantas relações sem preservativo?" Ele disse: "umas trinta" e eu disse: "não, gatinha, vamos fazer

> seguinte, vamos lá ao hospital fazer exame, porque eu não quero mais tarde ter uma culpa que não é minha". Sempre me preveni com ele e com todos, mas ele apareceu depois com HIV, mas todos os meus namorados eu sempre levava de três em três meses pra fazer exames.
>
> **Pesquisadora**: Como é que você vê isso deles irem contigo?
>
> **Félix**: De início uma obrigação, eles têm como uma obrigação, mas na realidade eu acho uma obrigação que eles têm pelo fato de me aceitar pra não querer botar a culpa em mim depois.
>
> **Pesquisadora**: Tu sentes uma ameaça pra eles?
>
> **Félix**: Bicha é a imagem do satanás, por exemplo, Hélio pegou de tal de Matheus, Marcos sei lá, ele espalha aos quatro cantos que foi fulaninho que passou pra ele graças a Deus não tem uma pessoa que levante a mão e diga "foi Félix", entendeu? Graças a Deus eu não tenho esse peso na minha consciência.

Como uma das estratégias para evitar o risco de passar o vírus para terceiros, Félix opta por ter relações sexuais unicamente com pessoas conhecidas, que sabem da sua condição sorológica e ora a partilham (soropositivos), ora se previnem para evitar a transmissão.

A questão da confiança passa a ser mais tematizada pelos entrevistados no caso das relações duradouras, como podemos perceber nos relatos de Niko e de Henrique, que referem importantes variações em relação à avaliação moral dos comportamentos dos parceiros com quem contraíram o vírus. Com 41 anos de idade, Niko nunca foi muito afeito a relações eventuais. Antes do atual relacionamento, teve três relações afetivas que considera relevantes. Em duas delas não usou preservativo. Niko tem consciência de que contraiu o vírus com um desses dois ex-namorados, mas não parece dar muita importância a esse fato.

> Eu tive três relações sem preservativo, então eu acredito que seja um desses três. Então, se foi com o primeiro, com certeza infectei o segundo e o terceiro. Se foi com o terceiro, melhor para os outros dois. Se for com o do meio, vai pro segundo e o terceiro. Mas só foi com três. Aliás, com dois, foram dois: foi com J., o médico, e foi com R. Eu e J., o médico, até hoje temos uma amizade de muito tempo (NIKO, HIV+, 41 anos),

Não encontramos, no relato de Niko, qualquer intenção acusatória apontando culpados, nem uma separação clara entre sãos e doentes, vítimas e algozes. A confiança aparece tematizada como sendo a responsável pelo abandono do uso do preservativo, fazendo parte da "segurança" que esses namorados lhe passavam, segurança esta atribuída a fatores idiossincráticos, mas também à diferença de idade em benefício de seus parceiros. Com efeito, perguntado sobre o que fez ele não usar preservativo nessas relações, e sim nas outras, Niko responde:

> Segurança. E também eram mais velhos do que eu. Eu sempre me relacionei com homens mais velhos que eu [...] Eu sempre me interessei... esse de 14 anos [de relação] era 18 anos mais velho do que eu, então, assim, tem pessoas que passam mais confiança que outras. Eu posso conhecer alguém e em dez minutos eu falar tudo da minha vida, e eu posso conhecer uma pessoa durante um, dois anos e não falar nada. Acho que tem gente que consegue passar, você confiar mais, acreditar mais e tanto é que mesmo o R., que eu não tenho mais vínculo com ele, sempre que eu vou pra [outra cidade], eu vou na casa da mãe dela, estou no facebook com a prima dela... Foram pessoas que fizeram parte da minha vida. Tem pessoas que termina, não tem mais, não vê como homem ou mulher, mas como uma pessoa querida.

A continuidade do relacionamento com seus ex-namorados, hoje amigos, é a medida do sucesso da avaliação moral feita sobre eles. Um cálculo em que a infecção definitivamente não

conta. Questionado sobre o fato de uma dessas pessoas com as que se sentia "seguro" ter passado provavelmente o vírus para ele, Niko dá uma explicação que as isenta de responsabilidade, bem como a si próprio:

> Dezenove anos atrás eu não tinha a informação que eu tenho hoje. É diferente, porque eu sei da situação de pessoas que conhecem um parceiro discordante e com medo de perder a pessoa, preferiu infectar a pessoa do que [dizer], tá entendendo? Então tem esse tipo de situação e hoje em dia já se tem essa informação, e a pessoa com medo de perder (NIKO, HIV+, 41 anos).

Como se vê, a isenção de responsabilidades relaciona-se ao desconhecimento da própria sorologia e ao momento histórico das relações, antes da divulgação massiva de informações sobre o HIV. Diferentemente do mito da seringa e da ideia do "crescei e multiplicai", não haveria, neste caso, qualquer intencionalidade na infecção de outrem pelo vírus. A confiança, deste modo, permanece como um elemento positivo, pois permitiu ao entrevistado tecer relacionamentos de longa duração com pessoas significativas, sendo uma possível infecção um acidente não muito problematizado.

Diferente é a situação de Henrique, que se infectou num relacionamento conjugal em que o parceiro era conhecedor de sua sorologia. A confiança, neste caso, é apresentada como uma predisposição negativa para quem confia cegamente, e a fronteira sãos/doentes, vítimas/algozes é restabelecida, configurando-se a transmissão como uma quebra de confiança, ou mais ainda, como uma fraude em relação às expectativas mútuas de cuidado e preservação que fazem parte do contrato implícito do relacionamento conjugal:

> Foi aí que eu me lasquei na confiança, porque eu namorava com um rapaz, ele era mais velho do que eu. Na época, eu tinha acho que uns 26 anos, ele tinha uns 39. Começamos a namorar, aí é aquela coisa, nas primeiras relações com camisinha, tal, não sei o quê. *Depois criou-se confiança, essa é a coisa mais errada do mundo.* Aí: "vamos transar sem camisinha". Aí tivemos relações sem camisinha o tempo inteiro, o tempo inteiro, o tempo inteiro, o tempo inteiro, o tempo inteiro. Aí quando eu descobri em São Paulo que estava com aids, só pode ser dessa pessoa. [...] Eu tive acesso ao prontuário dessa pessoa com quem eu contraí o vírus, e eu confirmei que quando nós nos conhecemos, ele já fazia tratamento há três anos. Ou seja, ele já sabia de tudo e ele nunca, jamais, comentou comigo e ele não fazia nenhuma insinuação de ter relação sexual com camisinha. Aí eu fiquei revoltadíssimo, revoltadíssimo, revoltadíssimo [...]. Mas a revolta é muito grande, muito grande, e mais uma sacanagem, porque foi uma sacanagem pura. Hoje eu entendo que ele é uma pessoa doente porque ele faz isso até hoje [...] Eu conversei com ele ontem e ele tá namorando com um cara há quatro anos da mesma forma que eu. O cara não sabe e ele está passando o vírus. Uma pessoa dessas só pode ser doente (HENRIQUE, HIV+, 35 anos).

Do lado de quem já se viu na posição de transmitir o vírus para uma pessoa querida, a situação pode ser vivida de um modo bem distinto. Ao discorrer sobre sua trajetória afetiva, Lúcio (HIV+, 37 anos) relata que durante algum tempo tentou se relacionar apenas com *pessoas vivendo.* Ele tomou essa decisão depois do término do relacionamento em que se descobriu soropositivo, e seu parceiro também. Não é possível saber exatamente por quê, uma vez que o diagnóstico de ambos ocorreu na mesma época, mas Lúcio se considera responsável por ter transmitido o vírus para seu anterior "caso". Não querendo essa responsabilidade de novo, resolveu durante um tempo apenas se permitir relacionamentos com pessoas HIV+,

para evitar a culpa de repassar o vírus[147]. Outros entrevistados também destacaram os relacionamentos soroconcordantes como aqueles em que é possível "relaxar", sem ser assombrado pela possibilidade, mesmo que remota, de contaminar o outro.

Todo esse debate a respeito da exposição e transmissão do HIV, introduzido de forma recorrente pelos interlocutores desta pesquisa, traz a tona uma percepção da doença como categoria moral, centrada nas responsabilidades dos soropositivos e, em menor medida, dos soronegativos. A transmissão do vírus serve, aqui, como *leitmotiv* para a elaboração de ideias a respeito do "dever ser": como deveriam ser as relações entre estranhos, como deveriam ser as relações dentro de um casal, como deveriam ser as ações de quem sabe que tem o vírus. Nele se enredam representações sobre a doença, ancoradas num tempo passado, e as próprias trajetórias de indivíduos que ora se contaminaram, ora convivem com essa possibilidade cotidianamente.

Nem vítimas nem algozes: de volta às mediações

Revisando o conceito de pânico moral, Thompson (1998, p. 9) alerta para o cuidado que as análises precisam ter quando se trata de atribuir sentidos e motivações aos diversos atores envolvidos em fenômenos desse tipo: "it would be wrong to assume that the motive of actors involved in generating a moral panic, such as journalists and other interested parties, is that of cynical manipulation for ulterior ends; they may genuinely believe what they say". Sem entrar, portanto, no mérito das

147 O risco de que nos fala Lúcio limita-se ao contágio, não respondendo ao imperativo médico, que também indica a necessidade de usar camisinha entre soropositivos, pela possibilidade de reinfecção. O risco que Lúcio tematiza é, portanto, aquele ligado à responsabilidade com a transmissão do vírus, o risco, portanto, na relação com terceiros.

intenções ou motivações dos jornalistas, bloggeiros e outras pessoas envolvidas no debate sobre o "clube do carimbo", o que esta análise permite é evidenciar a enorme distância entre as situações abordadas no conjunto de notícias aqui analisadas e as experiências concretas das pessoas diretamente afetadas pelo HIV/aids. Nas notícias divulgadas, especialmente nas duas matérias do programa *Fantástico,* apela-se para a responsabilidade única e individual das PVHA, reforçando-se uma visão de vítimas e culpados e abstraindo as condições concretas em que relações de diversos tipos são estabelecidas. Já nos relatos escutados por ocasião de uma pesquisa com casais sorodiscordantes, vemos a construção de uma ética das relações, em que se leva em consideração questões como o tipo de relação estabelecida, o contexto em que as relações ocorrem, os desejos, necessidades e possibilidades das pessoas que se encontram sexual e afetivamente, bem como o meio social e o momento histórico em que esse encontro acontece. A responsabilidade, nesse caso, não é individual e sim partilhada, e as questões éticas, como observa Shore (2014, p. 143), são vivenciadas mais em forma de dilema do que como uma simples mobilização, ou adequação, a valores previamente estabelecidos e conhecidos por todos.

Para além da constatação dessas diferenças, interessa refletir sobre as condições em que se torna possível a criação de um novo pânico moral que tanto lembra o clima acusatório dos anos 1980, em plena quarta década da epidemia de aids, quando os avanços tecnológicos apontam para a diversidade de estratégias preventivas e a Organização Mundial da Saúde ousa propor metas que, se cumpridas, significarão o fim da dimensão epidémica da aids. Um primeiro aspecto a considerar, nesse sentido, é que tipo de interlocutores está se procurando para essas matérias. Observamos que as notícias analisadas contaram com a contribuição de PVHA, mas principalmente na posição de "carimbadores" ou de "vítimas"; houve consultas a psiquiatras, policiais, infectologistas e advogados, o que contribui para a criminalização e patologização das práticas

mostradas, principalmente o *bareback*; um dos meios analisados fez uso de um artigo científico; ativistas, entretanto, apareceram de forma muito pontual[148]. A entrevista realizada pelo jornal *Estado de São Paulo* a Richard Parker, da ABIA, dias depois da publicação das três primeiras matérias sobre o assunto, indica não somente que a sociedade civil esteve atenta a essa polêmica, mas que ainda é possível negociar espaços na grande mídia[149]. Já no caso das matérias televisivas, chama a atenção o pouco caso que foi feito das reações oficiais e da sociedade civil, que não foram sequer mencionadas quando a segunda reportagem foi ao ar, uma semana depois da primeira, e em meio a uma chuva de críticas e notas de repúdio.

Por fim, mesmo que não tenha sido necessariamente essa a intenção dos jornalistas e bloggeiros, é importante notar que a polêmica criada em torno do "clube do carimbo" forneceu argumentos que fortaleceram as tentativas de criminalização da transmissão intencional do HIV no legislativo. Do ponto de vista da correlação de forças, essa influência dá razão às observações de Herzlich e Pierret (2005), no sentido de a mídia ser mais do que um agente mediador e sim a própria arena onde ocorrem os embates importantes. Como incorporar a essa arena as experiências das pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids de uma maneira mais complexa e menos estigmatizadora é um desafio que fica em aberto.

148 No caso de Diego Callisto, além de pontual, deturpada: ver <http://ladobi.uol.com.br/2015/03/30-fatos-hiv-aids-fantastico-clube-carimbo/>.

149 Não estou querendo dizer que o movimento ONG/Aids seja o único mediador possível das experiências das PVHA, nessa matéria específica. Como o trabalho de Valle (2011) parece apontar, há muitos silêncios também no que diz respeito às questões ligadas ao risco de transmissão, mas certamente trata-se de um ator importante que esteve, no meu entender, sub-representado ao longo deste debate.

Referências

BOYER, D. From Media Anthropology to the Anthropology of Mediation. In: FARDON, R.; HARRIS, O.; MARCHAND, J. H. (Ed). *The SAGE Handbook of Social Anthropology.* London: SAGE Publications Ltda, 2012. p. 411-422.

BOURDIEU, P. *Razões práticas:* sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

CHAMPAGNE, P.; MARCHETTI, D. L'information médical sous contrainte [A propos du "scandale du sang contamine"]. *Actes de la recherche en sciences sociales,* v. 101-102, p. 40-62, 1994.

COHEN, S. *Folkdevils and moral panics:* the creation of mods and drockers. London: MacGibbon & Klee, 1972.

DAS, V. Ordinary Ethics. In: FASSIN, Didier (Ed.). *A Companion to Moral Anthropology.* Chichester: John Wiley & Sons, 2012. p. 133-149.

DUMONT, L. *O individualismo*: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FAUSTO-NETO, A. AIDS recepção: a contaminação da AIDS pelos discursos sociais. *Revista FAMECOS,* Porto Alegre, n. 13, p. 94-102, dezembro 2000.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I*: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993.

FRANCH, M. *et al. Sorodiscordância entre casais gays em João Pessoa:* conjugalidade, práticas sexuais e negociação do risco. Relatório de pesquisa. João Pessoa, Depto. de Ciências Sociais/UFPB, CNPq, 2013.

GALVÃO, J. *Aids e imprensa:* um estudo de antropologia social. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

GUIMARÃES, M. *HIV/AIDS não é sentença de morte*: uma análise crítica sobre a tendência à criminalização da exposição sexual e a transmissão sexual do HIV no Brasil. Rio de Janeiro: Abia, 2011.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: a Aids em seis jornais franceses. *Physis,* v. 15, p. 71-101, 2005.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadores do vírus da Aids. *Estudos Feministas*, v. 2, p. 291-301, 1997.

LAMBEK, M. An ethics of the act. In: FASSIN, Didier; LÉZÉ, Samuel (Ed.). *Moral Anthropology:* A critical reader. New York: Routledge, 2014. p. 110-117.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/Aids. *Caderno de Saúde Pública,* v. 28, n. 6, p. 1196-1204, 2012.

MOTT, L. A transmissão dolosa do HIV-Aids: relatos da imprensa brasileira. *Impulso,* v. 32, p. 157-165, 2002.

OLIVEIRA, G. R.; FRANCH, M. Clube do carimbo: como a Aids e a criminalização da transmissão do vírus HIV ressurgem hoje na mídia brasileira. In: FRANCH, M. *et al. Cidadania e políticas da vida:* anais da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde (RAS). Recife: Pipa Comunicação, 2016.

MARTÍN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações*: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da Aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org>. Acesso em: 22 ago. 2017.

PEREIRA, C. R.; MONTEIRO, S. S. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1185-1205, 2015.

PERRUSI, A.; FRANCH, M. Carne com carne: gestão de risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Revista de Ciências Sociais – Política & Trabalho,* v. 29, n. 37, p. 179-200, 2012.

SAHLINS, M. *Stone age economics.* Chicago: Aldine, 1972.

SHORE, B. Ambivalence and contradictions. In: FASSIN, Didier; LÉZÉ, Samuel (Ed.). *Moral Anthropology:* A critical reader. New York: Routledge, 2014. p. 141-147.

SILVA, A. M.; CAMARGO JUNIOR, K. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/Aids. *Ciência e Saúde Coletiva,* v. 16, n. 12, p. 4865-4873, 2011.

SILVA, L. *Fazendo a diferença:* as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SPINK, M. J. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de SaúdePública*, v. 17, n. 4, p. 851-862, jul./ago. 2001.

THOMPSON, K. *Moral panics.* New York: Routledge, 1998.

VALLE, C. G. O. do. Crime e castigo: sexualidade, moral e criminalização da transmissão do HIV/Aids. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 35, 2011, Caxambu. *Anais...* Caxambu: Anpocs, 2011.

WERNECK, A. *O invento de Adão:* O papel do ato de dar uma desculpa na manutenção das relações sociais. 2009. Tese (Doutorado em sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAPÍTULO 12
O GRITO SILENCIOSO DE UM LOUCO INFRATOR:
ESTUDO DE CASO SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA NO DISTRITO FEDERAL

Érica Quinaglia Silva

Sthefânya Shabryny Cavalcante Regis Moreira

> "Quem era? [...] Era apenas um? Eram todos? Havia ainda possibilidade de ajuda? Existiam objeções que tinham sido esquecidas? Sem dúvida, estas existiam. A lógica, na verdade, é inabalável, mas ela não resiste a uma pessoa que quer viver. Onde estava o juiz que ele nunca tinha visto? Onde estava o alto tribunal ao qual ele nunca havia chegado? Ergueu as mãos e esticou todos os dedos. Mas na garganta de K. colocavam-se as mãos de um dos senhores, enquanto o outro cravava a faca profundamente no seu coração e a virava duas vezes. Com os olhos que se apagavam, K. ainda viu os senhores perto de seu rosto, apoiados um no outro, as faces coladas, observando o momento da decisão. – Como um cão – disse K. Era como se a vergonha devesse sobreviver a ele. " (Franz Kafka, *O processo*)

A medida de segurança é uma sentença aplicada a pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis pela Justiça. De acordo com o Código Penal (BRASIL, 1940), inimputável é "[...] o agente que, por doença mental ou desenvolvimento

mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento" (Art. 26). Essa pessoa fica isenta de pena. Semi-imputável é "[...] o agente [que], em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento" (Art. 26, Parágrafo **ú**nico). Essa pessoa pode ter sua sanção reduzida de um a dois terços (BRASIL, 1940).

Ainda segundo o Código Penal (BRASIL, 1940), há duas espécies de medida de segurança: "I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado" e "II - sujeição a tratamento ambulatorial" (Art. 96).

As pessoas que recebem essa sentença são, portanto, desresponsabilizadas por suas ações por serem consideradas total ou parcialmente incapazes de entendê-las. Delas é retirada a culpabilidade pelo crime que cometeram, ao mesmo tempo que a elas é atribuída a marca da periculosidade. Conforme também está disposto no Código Penal (BRASIL, 1940), "a internação, ou [o] tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade" (Art. 97, § 1º).

Ademais, é dado um prazo mínimo para o cumprimento da medida de segurança de um a três anos (BRASIL, 1940), embora não seja dado um prazo máximo. O prazo mínimo é o tempo determinado pelo juiz para que haja uma reavaliação do sentenciado para uma possível desinternação.

Findo o cumprimento da sentença, é determinada a desinternação ou desvinculação da Justiça. A desinternação ocorre de modo condicional, ou seja, no decurso de um ano, a pessoa que a recebe é acompanhada para verificar se, aos olhos da Justiça, houve cessação de sua periculosidade.

A trajetória de K. é aqui utilizada como caso emblemático para entendermos essa sentença e as consequências que ela traz para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. K. foi sentenciado por uma tentativa de roubo, incidência penal contida no artigo 157 conjugada com o artigo 14, II, do Código Penal (BRASIL, 1940). Segundo o artigo 157 do Código Penal (BRASIL, 1940), que tipifica o crime de roubo, "subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência" implica pena de reclusão de quatro a 10 anos e multa. Como apontado anteriormente, o crime citado foi praticado na modalidade tentada. De acordo com o artigo 14, II, do Código Penal (BRASIL, 1940), a tentativa do crime ocorre "[...] quando, iniciada a execução, não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente". Nesse caso, aplica-se "[...] a pena correspondente ao crime consumado, diminuída de um a dois terços" (BRASIL, 1940, Art. 14, II, Parágrafo único).

Somada a esse discurso trazido pelo Código Penal está a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua décima edição (CID-10), que é acionada para corroborar a periculosidade associada às pessoas tidas, vulgarmente, como loucas infratoras. No caso estudado, por meio de perícia médica realizada pelo Instituto Médico Legal (IML), K. foi diagnosticado com esquizofrenia. Segundo a CID-10, a esquizofrenia é caracterizada, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afetos inapropriados ou embotados. Os fenômenos psicopatológicos incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do

pensamento e sintomas negativos.[150] Esse diagnóstico atestou a inimputabilidade de K., a quem foi imposta, assim, a medida de segurança na modalidade de internação.

Metodologia

Este estudo de caso é resultado de uma pesquisa desenvolvida no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT). O objetivo, ao analisar o caso de K., é entender a trajetória de um sentenciado no cumprimento da medida de segurança, bem como as consequências que essa sentença traz. Para tanto, foi realizada uma análise documental do processo e do prontuário do referido sentenciado.

A pesquisa mais ampla sobre a medida de segurança visava a conhecer o perfil sociodemográfico de toda a população que cumpria essa sentença no Distrito Federal. Foi, assim, realizado, entre 1º de outubro de 2013 e 29 de julho de 2014, um levantamento quanti-qualitativo mediante a análise documental de todos os processos e prontuários das pessoas que estavam internadas, em tratamento ambulatorial e em desinternação condicional no período supracitado. K. compunha esse universo.

Todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas feitas com seres humanos no país, foram observados e assegurados. Essa pesquisa, que faz parte do projeto "Estudos em bioética, direitos humanos e gênero", vinculado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB), foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) dessa universidade (CAAE:16027013.5.0000.5540).

150 F20-F29. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm>. Acesso em: 8 out. 2016.

O processo de K.

K. é um indivíduo que, ao ser considerado inimputável pela Justiça, foi não apenas desresponsabilizado por suas ações, como também destituído de sua humanidade. Ler seu processo e seu prontuário e escrever sobre ele são tentativas de devolver a voz a alguém, como tantos outros que cumprem medida de segurança, que é usualmente silenciado. É importante mencionar, contudo, que esta tentativa é um tanto frustrada porque a vida que aqui se recria surge de discursos sobre K. São, sobretudo, os saberes e fazeres jurídico e psiquiátrico que aparecem neste estudo. O próprio sentenciado, e também a sua família, assim como outras pessoas e/ou instituições envolvidas na aplicação dessa sentença, constitui o "fora do texto", que, embora ausente, presentifica e revela, com veemência, o contexto no qual o embate pelo poder-saber sobre a loucura (e a criminalidade) é travado.

No momento da realização da pesquisa, K., natural de Brasília, tinha 36 anos, era solteiro, possuía o ensino fundamental incompleto e não tinha profissão. Foi heteroclassificado como pardo pelo IML.

De acordo com as informações contidas no processo e no prontuário de K., a mãe dele faleceu quando ele tinha 13 anos e, desde então, ele e sua irmã passaram aos cuidados da avó paterna. Posteriormente, o pai casou-se com outra mulher e tiveram uma filha. K. começou a trabalhar na infância, vendendo jornal, engraxando sapatos e vigiando carros. Ele tem um histórico de internações psiquiátricas desde 1992, fugas de casa e comportamentos considerados bizarros. O pai de K. percebeu que havia algo de estranho quando o filho começou a ficar isolado, desenhar com fezes nas paredes e falar sozinho. Ainda segundo os registros consultados, K. apresentava dificuldades na escola e era considerado diferente. Gostava de viver nas ruas, andava com bêbados, dormia no meio deles e bebia água de poças.

Nos relatos de K. abarcados no processo e no prontuário, consta que ele teria feito uso de maconha e merla. Ele teria atribuído seu comportamento à falta que sente da mãe. Teria dito que ela o abandonou (morreu) quando ainda era pequeno e precisava muito dela.

A ocorrência do delito foi em 2000. O início do cumprimento da medida de segurança na forma de internação ocorreu em 2002, com prazo mínimo de um ano. No Distrito Federal, essa modalidade de medida de segurança é cumprida na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF).

Como já descrito, o ato ilícito praticado por K. configurou no artigo 157 conjugado com o artigo 14, II, do Código Penal (BRASIL, 1940). O sentenciado agrediu uma mulher com uma pedra e tentou tomar a carteira que ela portava. Disse, na ocasião, que os passos dela lembravam os de seu avô.

Além da ocorrência de um crime, a medida de segurança baseia-se na inimputabilidade da pessoa que o cometeu. Como também anteposto, mediante perícia médica realizada pelo IML, foi dado o diagnóstico de esquizofrenia a K. Ele foi considerado como portador de doença mental grave e crônica, sem possibilidade de cura. Durante o cumprimento da medida de segurança, foram realizadas outras quatro perícias médicas também pelo IML, sendo apontados os seguintes sintomas: embotamento afetivo, risos imotivados, alucinações auditivas e visuais, relatos de alucinações e delírios com figuras religiosas, agressividade, inquietação psicomotora e posterior excitação psicomotora.

A desinternação condicional de K. foi determinada no ano de 2012, com prazo de um ano para a provável data de extinção da sentença. O sentenciado ficou, portanto, internado por 10 anos. Nas avaliações realizadas pelo IML, a permanência na ATP justificava-se devido à vivência de rua do sentenciado, à dificuldade de realizar tratamento ambulatorial e às constantes

fugas. Em 2005, ao serem propostas saídas aos domingos com o pai, K. fugiu e acabou sendo internado, com outro nome, em um sanatório em Anápolis, no estado de Goiás, por cerca de um ano e quatro meses. O pai descobriu o paradeiro do filho e o levou de volta à ATP em 2007. Em 2009, K. também fugiu, duas vezes, quando da proposição de saídas quinzenais e da realização de atividades no Instituto de Saúde Mental (ISM), no Riacho Fundo, no Distrito Federal.

Depois de 10 anos sob a medida de segurança na modalidade de internação e passado um ano da desinternação condicional, cumprida por K., ainda não tinha ocorrido a extinção da sentença dele, até o momento em que esta pesquisa foi finalizada.

O "Estado em ação": tensionamentos entre os saberes e os fazeres jurídico e psiquiátrico

K. passou 10 anos de sua vida recluso em regime de internação. Sua entrada na ATP ocorreu em 2002 e a desinternação condicional foi determinada somente em 2012, com prazo previsto de extinção da sentença de um ano. Embora esse prazo já tivesse sido cumprido, a extinção da medida de segurança ainda não havia sido declarada até a finalização desta pesquisa, totalizando, naquele momento, 12 anos de cumprimento da sentença.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, determina, em seu artigo 5º, XLVII, b, que no Brasil não haja penas de caráter perpétuo (BRASIL, 1988). Ademais, o limite de cumprimento das penas privativas de liberdade, previsto pelo Código Penal (BRASIL, 1940), em seu artigo 75, é de 30 anos. O Supremo Tribunal Federal (STF), em diversos precedentes, firmou o entendimento de que o prazo máximo da medida de segurança não pode ser superior a 30 anos, em aplicação analógica do disposto no artigo 75 do Código Penal. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) seguiu esse entendimento e foi além,

ao concluir que a duração máxima da medida de segurança não deve ultrapassar nem mesmo o limite máximo da pena abstratamente cominada para o crime praticado.

Todavia, embora exista uma orientação consagrada na jurisprudência que limita o tempo máximo da medida de segurança a 30 anos ou ao limite máximo da pena prevista em abstrato para o delito cometido, ainda assim, não raro, há casos em que tal orientação não é observada.

De acordo com o censo realizado em 2011 sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso. Além disso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de 10 meses, apesar de o artigo 150, § 1º, do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) estabelecer como limite 45 dias. Da mesma forma, o tempo de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses. Ademais, embora 7% dos indivíduos já possuam sentença de desinternação, eles são mantidos em regime de internação. Finalmente, um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado e 21% da população encarcerada cumprem a sentença além do tempo previsto (DINIZ, 2013).

Ao comparar o caso estudado ao de um indivíduo que incorre na mesma tipificação criminal, tentativa de roubo, e na pior das hipóteses sofre penalidade máxima abstratamente prevista no artigo 157 do Código Penal (10 anos) e redução mínima da pena (1/3), observa-se que o tempo de internação supera aquele de reclusão no presídio comum.

Essa disparidade de trajetórias possíveis enseja questionar as ações de um Estado que cria, por um lado, dispositivos disciplinadores, em sua perspectiva universalista, embasados em preceitos constitucionais e legais, e, por outro, mecanismos discricionários, em seus modos desiguais de distribuição de direitos.

As pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis pela Justiça recebem uma absolvição imprópria. A medida de segurança é uma sentença que propõe um tratamento, e

não uma punição. No entanto, ao contrário da pena comum, que é aplicada para punir uma ação realizada no passado, essa sentença, ao substituir a culpabilidade pela periculosidade, lança um juízo para o futuro e pode condenar as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei a viverem reclusas *ad aeternum* (BRASIL, 2011).

As consequências da longa permanência em instituições totais, locais caracterizados pela perda de contato com a sociedade, como a ATP, foram descritas por Erving Goffman (2010), em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*. Nesses locais, a morte, física ou simbólica, é o destino a ser traçado. As mutilações físicas são acompanhadas pela "mortificação do eu" das pessoas internadas. A submissão a um sistema de vigilância e punição acarreta modificações drásticas tanto do ponto de vista pessoal quanto do papel social dessas pessoas. No caso estudado, esse distanciamento da sociedade mais ampla foi de mais de 10 anos.

Ora, a permanência de K. na ATP era justificada, entre outros motivos, pela inalteração de seu quadro clínico e dificuldade de adesão ao tratamento proposto. Como anteposto, para ser determinada a desinternação condicional, segundo o Código Penal (BRASIL, 1940), é necessário haver cessação de periculosidade. Assim, ao considerar que foi a condição de doente mental que fez K. ficar tanto tempo internado, mas sendo esta apontada como incurável, poder-se-ia justificar o seu enclausuramento para além do tempo constitucional e legalmente admitido? Além disso, os transtornos mentais, em geral, podem efetivamente cessar ou permanecem apenas sob controle?

Também é igualmente pertinente questionar se há efetivamente tratamento em um local que mantém uma ideologia carcerária. Como mencionado, a ATP está localizada dentro de uma penitenciária. Não oferece, portanto, espaço adequado de assistência à saúde. Ademais, é importante mencionar que esse ambiente abarca transtornos variegados. Como, então, construir projetos terapêuticos singulares?

Como pano de fundo dessas questões, está a noção de periculosidade, que precisa ser problematizada. Por um lado, o saber-fazer jurídico está fundamentado por uma legislação de 1940. Embora tenha havido a superveniência da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), segundo a qual a internação deve ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, há uma recusa retrógrada dos operadores do Direito de encarar a loucura como condição humana e o louco como sujeito de direitos humanos, concepções pautadas pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

Por outro lado, concorre com esse posicionamento, mas não necessariamente diverge dele, o saber-fazer psiquiátrico, que tem como referência basilar um código internacional que se pretende universal e, portanto, ignora contextos culturais e arranjos sociais específicos, bem como as particularidades de cada caso para a realização de diagnósticos e a proposição de práticas terapêuticas.

Especificamente quanto à rotulação que caracteriza as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei como perigosas, os saberes e os fazeres jurídico e psiquiátrico convergem. O efeito é a apresentação de uma solução única para esses casos: a contenção, seja pela medicalização, seja pelo encarceramento.

Além do IML, há no Distrito Federal a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do TJDFT, que é composta por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, formada por psicólogas, assistente social, pedagoga e socióloga. Ao contrário do perito psiquiatra que atua no IML e, esporadicamente, realiza laudos concernentes às pessoas que cumprem medida de segurança, as profissionais da Seção Psicossocial da VEP do TJDFT são responsáveis por acompanhá-las periodicamente. Os pareceres elaborados por essa seção auxiliam o juiz nas decisões tomadas e nos encaminhamentos dados. Amiúde, laudos do IML e pareceres da Seção Psicossocial da VEP do TJDFT são contrastantes. Esses tensionamentos reverberam

as disputas existentes entre a Medicina e as demais áreas da saúde (e, ainda, sociais).

Uma dissonância entre esses campos do conhecimento diz respeito à própria noção de periculosidade, que, embora tenha sido abolida dos pareceres emitidos pela Seção Psicossocial da VEP do TJDFT, ainda se encontra nos laudos do IML. A análise da história da loucura e da construção desse conceito mostra que nem sempre loucura e doença coincidiram. Tampouco a loucura esteve necessariamente associada à negatividade. No final da Idade Média até o século XVI, ela fazia parte da vida. A oposição entre razão e não-razão, que não existia até então, foi desenhada somente nos séculos XVII e XVIII, momento da grande internação. Quanto à aproximação entre loucura e patologia, ela é recente na história da civilização ocidental: foi após a Revolução Francesa que a Medicina se apropriou da loucura como doença (FOUCAULT, 2008; FRAYZE-PEREIRA, 1994).

Assim, não é possível considerar a loucura como um dado universal, pré-cultural ou a-histórico, descolado de contextos particulares. Há diferentes sentidos de periculosidade e responsabilidade em disputa que transparecem nos "documentos em ação" no TJDFT. No caso específico de K., como anteposto, até a finalização desta pesquisa não tinha ocorrido a extinção da medida de segurança dele. A Seção Psicossocial da VEP do TJDFT havia elaborado um parecer favorável à sua desinternação, ao considerar a agência desse sujeito e sua capacidade de retomar a responsabilidade sobre a própria vida. Não obstante esse posicionamento, o processo estava no IML para que um novo laudo fosse feito, a pedido do juiz responsável.

Para além dos confrontos entre as diversas profissões da saúde, que revelam hierarquias e relações assimétricas de poder, de subordinação de todas as áreas da saúde à médica, é relevante destacar, ainda, que é ao juiz que cabe decidir sobre os casos, não tendo ele a obrigação de acolher nem os pareceres da Seção Psicossocial da VEP do TJDFT nem os laudos do IML.

Isso mostra que os jogos de poder entre as várias áreas da saúde estendem-se, ainda, aos liames entre elas e o campo jurídico. Uma outra face do mesmo problema diz respeito à duração da internação: há um descompasso entre os prazos legais e as concepções das áreas da saúde, em geral, relativas aos processos individuais de adoecimento e tratamento (CARRARA, 1998).

Tem-se, então, um campo minado, do qual fazem parte agentes da saúde e operadores do Direito. Esse embate é reproduzido pela própria estrutura dos hospitais de custódia e alas de tratamento psiquiátrico. Embora, como já mencionado, a medida de segurança proponha um tratamento, esses espaços não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas no sistema prisional. Dessa forma, há a sobreposição de dois modelos de intervenção social, um psiquiátrico-t-erapêutico e outro jurídico-p--unitivo. Nesse arranjo, a medida de segurança não é regida pelos princípios do SUS, mas pelos princípios da execução penal.

Também entre os Poderes Executivo e Judiciário esses conflitos transparecem. A porta de entrada para a atenção psicossocial das pessoas com transtornos mentais deveria ser os centros de atenção psicossocial (CAPS). No entanto, a insuficiência da oferta desse serviço acarreta o acesso a um tratamento, não pelo Executivo, mas pelo Judiciário, após o agravamento do estado de saúde dessas pessoas e o cometimento de um crime.

Depois de terem sido encaminhadas à Justiça, as pessoas com transtornos mentais, doravante em conflito com a lei, enfrentam as lacunas do Poder Judiciário. A explicação para a não observância da orientação jurisprudencial anteriormente citada, sobre a extrapolação do tempo previsto de cumprimento da medida de segurança, pode estar relacionada, além da mentalidade que associa a loucura à periculosidade, a outras múltiplas causas, que vão desde o elevado volume de processos ao número insuficiente de magistrados e defensores públicos (estes, como se sabe, encarregados de defender os interesses jurídicos da população desprovida de recursos financeiros). Trata-se de problemas

estruturais do sistema judicial brasileiro, que tangenciam o próprio acesso à Justiça e a sua (falta de) celeridade.

Às controvérsias entre os operadores do Direito, não exploradas neste texto, entre eles e os agentes da saúde e entre as diversas áreas da saúde soma-se, portanto, a falta de profissionais diante do número excessivo de pessoas sentenciadas. Nesse sentido, também há carência de uma equipe de profissionais da saúde que preste assistência aos magistrados nas varas de origem onde a sentença é definida como medida de segurança. Segundo Érica Quinaglia Silva e Caroline Quinaglia A. C. S. Brandi (2014), esse momento é definitivo na vida das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Deve ser, portanto, crucialmente observado. O processo de exclusão já é culturalmente produzido em relação ao doente mental. Esse fato é intensificado quando se trata do louco infrator, que recebe a classificação de inimputável e/ou semi-imputável. É mortífero excluir uma pessoa do processo de comunicação, de sua alteridade, e torná-la objeto e abjeto. Assim, essa sentença deve ser tomada por um juiz que esteja amparado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada. A Seção Psicossocial da VEP do TJDFT, por exemplo, conta com poucas pessoas, que, apesar do esforço, não conseguem abarcar todas as situações, atuando apenas na execução da sentença e mantendo atendimentos com uma frequência reduzida.

Seria necessário haver igualmente um acompanhamento psicossocial sistemático por especialistas do Executivo, não somente médicos psiquiatras, como também outros profissionais das áreas da saúde e social, tais como psicólogos, enfermeiros, sanitaristas, assistentes e cientistas sociais, responsáveis pela atenção integral à saúde e avaliação de sanidade mental das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esses profissionais atuariam como mediadores na implementação e/ou no aprimoramento das políticas de saúde, em específico daquelas voltadas à saúde mental, com o intuito de reinserção

dessa população à sociedade. À capacitação deles é mister associar, finalmente, um efetivo diálogo, como forma de diminuir os tensionamentos, com os operadores do Direito (BRASIL, 2011).

A problematização da "verdade" da loucura (e da criminalidade): apontamentos finais sobre o Estado e os possíveis agenciamentos de K. e sua família

A reforma psiquiátrica, que teve início no final da década de 1970 no Brasil, foi um movimento do qual participaram profissionais das áreas da saúde, pesquisadores, estudantes, usuários de serviços de atenção psicossocial e seus familiares. Esse movimento colocou a loucura na pauta da agenda política. Após diversas denúncias de maus-tratos em instituições psiquiátricas mantidas pelo Estado, a proposta era a desinstitucionalização do louco e a ressignificação da loucura.

Como consequência da reivindicação de que o Estado assumisse o dever de oferecer políticas públicas de atenção à saúde dessa população, foi, então, criada a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), anteriormente mencionada, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entre as quais as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Um dos principais avanços alcançados com a elaboração dessa lei foi a proposição de que o tratamento dessas pessoas devesse visar, como finalidade permanente, à reinserção social.

Ao lado dessa lei, foram criadas portarias (BRASIL, 2000a; 2000b; 2005a) para a implementação de serviços substitutivos à internação em hospitais-presídios. Além dos serviços residenciais terapêuticos, moradias destinadas a pessoas com transtornos mentais que perderam vínculos familiares e sociais,

a legislação prevê, entre outros, a criação de CAPS (BRASIL, 1992; 2002; 2005b), já citados, oficinas de geração de renda e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2011).

Contudo, há insuficiência na oferta desses serviços. Para se ater a um só exemplo, não existe no Distrito Federal nenhuma residência terapêutica.

A proposta de deslocamento de um modelo asilar-manicomial, que enclausura o indivíduo considerado como louco infrator, para uma perspectiva de reabilitação psicossocial, que busca reinserir esse indivíduo em uma rede de base comunitária, na qual há possibilidades de agenciamentos sociais, visa a salvaguardar o que está preconizado na legislação anteposta e, igualmente, na própria Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), que prevê, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Essa mudança de panorama pretende atentar, ainda, para a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que sustenta que a atenção psicossocial a todos os cidadãos, entre os quais as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, deve ser dada, não no sistema penitenciário, mas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, embora pareça que o Legislativo seja uma panaceia para dirimir os conflitos citados e analisados, é fundamental lembrar que, dentro desse mesmo poder, há embates, a citar, como ilustração, a já mencionada rusga entre o Código Penal, de 1940, e a Lei nº 10.216, de 2001. Ademais, as dissonâncias estendem-se às relações do Legislativo com o Executivo e o Judiciário. Sabe-se que essas instâncias não são estanques e abstratas, como já se demonstrou particularmente em referência ao Judiciário. Mas, se tomadas como partes de um "Estado em ação", elas permitem revelar algumas das disputas que subjazem às funções exercidas por cada uma, como a elaboração e a execução de normas, bem como a implementação (ou não) de políticas públicas.

Especificamente quanto ao Judiciário, foco deste trabalho, em estudo comparativo entre os sistemas jurídico-penais dos Estados Unidos e do Brasil, Roberto Kant de Lima (1999) mostra que, ao contrário da origem "popular" e "democrática" do sistema de resolução de conflitos estadunidense, em que a verdade é fruto de uma decisão consensual sistematicamente negociada, o sistema brasileiro configura-se como um mosaico de "sistemas de verdade", que são imaginados como harmônicos e coerentes, ao subordiná-los a um juiz, tido como um agente esclarecido, quase clarividente, e a quem cabe a incumbência de formular um julgamento imparcial e neutro e "descobrir" a "verdade real" dos fatos. O resultado é uma estratégia de dominação sobre uma população considerada sem educação e desorganizada.

O emaranhado de interesses conflitantes que compõem o que se denomina Estado não pode ignorar, embora às vezes o faça, a sociedade que o configura. Ora, o Estado é precisamente o reflexo deste processo de mediação: entre os três poderes, os operadores do Direito e os agentes da saúde e entre esses e a sociedade. Daí, é relevante inquirir se as moralidades que pautam a distribuição desigual de direitos pelo Estado em relação, por exemplo, aos presos comuns e às pessoas que cumprem medida de segurança não respondem a anseios sociais de segregação (ainda de forma mais acirrada no último caso) desse Outro, que é esvaziado de sentido.

No caso da medida de segurança, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e, por extensão, os seus familiares, partes relevantes da sociedade, são anulados. Que trajetórias percorreram até o encaminhamento à Justiça? Tiveram acesso a algum tratamento para evitar o agravamento do estado de saúde e o consequente cometimento de um crime? O que pensam da medida de segurança? Como ressignificam essa sentença? Especificamente às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, ainda é fundamental questionar: há (re)apropriação da autonomia e responsabilização delas, apesar dos processos

moralizadores e disciplinadores do Estado? Que sentidos dão à própria existência? Quais são as estratégias que desenvolvem para vivenciar e agenciar processos de produção da verdade sobre elas mesmas e suas ações? Entender os agenciamentos dos próprios sentenciados (e de seus familiares) nessa miríade de interações que conforma o Estado é imprescindível para problematizar a "verdade" construída pelos diversos saberes e fazeres aqui elencados.

No âmbito da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, é importante atentar para as políticas públicas de atenção à saúde do dito louco infrator. Outrossim, é necessário entender as disputas entre saberes jurídico e psiquiátrico, bem como entre fazeres não somente dos operadores do Direito e dos agentes da saúde, como também da família e do próprio sentenciado. K., que aqui representa as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, é, aliás, a parte menos ouvida, exatamente por ele, ao ser considerado inimputável, ser desresponsabilizado por suas ações e, mais do que isso, destituído de sua humanidade. Nesse embate pelo poder-saber sobre a loucura (e a criminalidade), resta inquirir quem vai (e se vão) ouvir esse grito silencioso.

Referências

Brasil. Código de Processo Penal. Decreto-Lei n° 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Diário Oficial da União*, 3 out. 1941.

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

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

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 1990.

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. *Diário Oficial da União*, 29 jan. 1992.

Brasil. Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11 fev. 2000a.

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional do cuidador em saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros. *Diário Oficial da União*, 7 nov. 2000b.

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

Brasil. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. *Diário Oficial da União*, 19 fev. 2002.

Brasil. Portaria GM/MS nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 17 fev. 2005a.

Brasil. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 17 fev. 2005b.

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

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

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

Diniz, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O que é loucura*. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

F20-F29. *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm>. Acesso em: 8 out. 2016.

Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

KAFKA, F. *O processo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

KANT DE LIMA, R. Polícia, justiça e sociedade no Brasil: uma abordagem comparativa dos modelos de administração de conflitos no espaço público. *Revista de Sociologia e Política*, n. 13, p. 23-38, 1999.

QUINAGLIA SILVA, É.; BRANDI, C. Q. A. C. S. Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?: interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3947-3954, 2014.

CAPÍTULO 13
A MEDIAÇÃO COMO CONTRIBUIÇÃO ANTROPOLÓGICA PARA AS PRÁTICAS EXTRAMUROS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Lilian Leite Chaves

Em 2008, quando comecei a seguir e acompanhar pessoas consideradas loucas pelas ruas da cidade de Ouro Preto[151], já estava em curso há quase trinta anos a luta pela reforma psiquiátrica brasileira. A Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2004) – que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial *hospitalocêntrico* para dispositivos e práticas comunitárias – já estava engendrando portarias que instituíam serviços, regulamentavam repasses e reconfiguravam direitos e benefícios. Em tese, todo o empenho dos envolvidos na luta pela reforma psiquiátrica se fundamentava em acabar com a segregação manicomial, visando à assistência integral e à reinserção social. No bojo da reinserção social estava o reencontro dos loucos com a cidade, consequentemente, a restituição de suas cidadanias e de laços de contratualidade.

151 Ouro Preto, antiga capital mineira, cidade monumento desde 1938 e Patrimônio Mundial da UNESCO desde 1980, localiza-se a aproximadamente 92 quilômetros de Belo Horizonte. A cidade se destaca devido à sua importância histórica, cultural e econômica proveniente da exploração do ouro no período colonial brasileiro.

Aos meus olhos de neófita escapava o tanto que os loucos de rua[152], que perambulavam há décadas por uma cidade monumento, se inseriam nesse processo, escapavam os rastros institucionais que cada pessoa levava consigo em suas perambulações. Ao constatar que em Ouro Preto os loucos de rua eram considerados pelos ouro-pretanos como pertencentes à dimensão do público, a minha postura inicial foi a de tentar complexificar os discursos que consideravam a loucura como de fora de dimensões sociais como a linguagem, a comunicação e a integração social. As ruas da cidade me apresentavam loucos integrados, loucos diferenciados daqueles que ainda eram vistos como atrelados ao domínio médico e jurídico. Os loucos integrados eram classificados como "pessoas folclóricas", "figuras lendárias", "personagens pitorescos", "pessoas que Ouro Preto sempre teve", "patrimônio da cidade".

A máxima "se cobrir vira circo, se murar vira hospício" da qual se valia os ouro-pretanos para caracterizar a cidade e comentar sobre os loucos de rua, indicava um lugar para a loucura na constituição da singularidade local. Nesse âmbito, a minha opção foi por refletir a respeito de como os moradores de Ouro Preto, tendo em vista as suas sensibilidades, interagiam com os loucos de rua e construíam explicações para a experiência de loucura que vivenciavam. Ao privilegiar os olhares e as elaborações dos ouro-pretanos, eu segui linhas discursivas

152 É bom esclarecer que as pessoas classificadas como "loucas de rua" com as quais eu interagi possuem residências, não sendo, portanto, "pessoas em situação de rua", isto é, pessoas sem domicílios regulares. Os loucos em situação de rua, de acordo com Pagot (2012) são pessoas que tomam por moradia o espaço geográfico das cidades e das ruas. Já os "loucos de rua" "são pessoas reconhecidas pela comunidade a partir das ações peculiares e repetitivas que executam e das relações que mantêm nas ruas. Eles tornam-se referências para a comunidade e por isso, ao serem classificados, são colocados em categorias que enfatizam o caráter público e o pertencimento à comunidade. Eles são "de rua" porque é na rua que alcançaram reconhecimento. " (CHAVES, 2013, p.141).

nas quais o uso da categoria loucura só se revelava na última tentativa desses classificarem pessoas tão especiais. Por outro lado, relacionando os discursos e as situações vividas, eu pude matizar o que se apresentava como integração, percebendo que as interações entre ouro-pretanos e loucos de rua se davam através de um contínuo processo de diferenciação e integração social dos loucos, no qual eles não eram nem plenamente aceitos, nem plenamente segregados (CHAVES, 2009).

Optar por seguir esses discursos não me cegava quanto à existência de pessoas que eram colocadas em outras categorias pertencentes às esferas médicas e jurídicas, vistas em relação à assistência em saúde mental do município. A minha cegueira recaía em não enxergar as trajetórias manicomiais nos loucos integrados, em não os olhar no contexto da reforma em curso, me pautando por uma descontinuidade entre serviços de atenção e ambientes da cidade, resquício do modelo hospitalocêntrico. Esses loucos de rua só pareciam se ligar ao campo da atenção em saúde mental do município quando suas caricaturas estampavam os estandartes do bloco de carnaval do serviço de saúde mental local. De alguma maneira, eles, devido às suas relações com a cidade, eram espelhos para os que lutavam em prol do slogan "*libertas, que será tão bom*".

Ouro Preto, em sua história, não contou com hospital psiquiátrico. Na cidade, os estabelecimentos nomeados por hospício e manicômio se referem a espaços religiosos, como o Hospício da Terra Santa – hospedaria para religiosos franciscanos criada em 1726 (VILELA, 2015) –, ou a moradias estudantis vinculadas à universidade local, República Hospício e República Manicômio. A assistência especializada em saúde mental na rede pública do município começou em 1993 com consultas psiquiátricas e atendimentos psicológicos (AZEVEDO, 2004). Dessa maneira, por um lado, os rastros de trajetória manicomial estariam amenizados nos discursos dos ouro-pretanos por extrapolarem os limites do município, isto é, a violência

institucional se dera em outro lugar. Por outro, com a defesa do atendimento comunitário e aberto ganhando notoriedade, a inserção dessas pessoas nas malhas da atenção não impedia os deslocamentos e ações diárias que lhes garantiam um lugar importante para a constituição da cidade.

Se meu olhar era limitado e ingênuo, o de pessoas como Socorro era bastante perspicaz. Socorro era uma senhora franzina que caminhava ligeiramente pelas ruas da cidade. De tempo em tempo entrava em uma casa, loja ou consultório para recolher papéis, revistas e jornais nos quais escrevia palavras misteriosas que transportavam os ouro-pretanos para reinos de hipóteses mágicas. Os papéis de Socorro ligavam pessoas de pontos distantes da cidade; ela recolhia os papéis em um ponto, se detinha em preenchê-los sentada na entrada de algum casarão ou debruçada nos balcões das agências dos correios e dos bancos, e colocava-os debaixo de portas em outro ponto. Socorro era de muito balbucio e pouca conversa. Ela só me concedeu os primeiros segundos de atenção depois de semanas de insistentes cumprimentos acompanhados de ofertas de papéis e canetas. Socorro desconfiava da minha proximidade temendo que eu pudesse ser uma pessoa ligada ao serviço de saúde mental ou de assistência social, uma funcionária da prefeitura.

Além da desconfiança de Socorro, tornou-se frequente as pessoas questionarem se eu não tinha medo de ficar louca ou comentarem a respeito dos aspectos terapêuticos que elas supunham fazer parte do meu trabalho de pesquisa. A desconfiança, as indagações e os comentários se deveram ao fato da minha proximidade com os loucos de rua ser diferente da proximidade cotidiana existente nas interações entre loucos e as outras pessoas da cidade. Eu não só interagia com eles em determinado momento ou espaço, eu os seguia e os acompanhava diariamente em seus trajetos, participando, quando autorizada, das suas ações. Estas reações estiveram presentes em todo o tempo que estive em campo, elas se configuravam como o pano de fundo contra o

qual eu e minha atividade de antropóloga ganhávamos relevo e consequentemente tentativas de inteligibilidade.

Em contrapartida, pelo prisma dessas reações, eu era vista como alguém que possuía muitas informações, capaz de sanar curiosidades corriqueiras e de ajudar em situações mais delicadas. Ao pesquisar pessoas que perambulavam pelas ruas, eu também perambulava por espaços, grupos, instituições, temas e expectativas. É interessante notar que ao mesmo tempo em que eu era vista como alguém que, por uma espécie de contágio, deveria ter medo de enlouquecer, as minhas ações eram vistas como contendo algo de terapêutico, algo da esfera do cuidado. Disso decorre a aproximação (confusão) realizada entre a pesquisa que eu executava e um possível pertencimento funcional às áreas de saúde e assistência do município.

Socorro, ao desconfiar-se de mim, apontou para traços de sua trajetória manicomial e me brindou com a possibilidade de nesse momento pensar o meu trabalho no marco da mediação. Uma das características-chave atribuída à mediação se refere à mobilidade daquele que se coloca ou é visto como mediador, se refere ao trânsito entre dimensões socioculturais, no qual há fluxos de informações (SILVA, 2008; VELHO, 2001; 2010; VALLE, 2015). Socorro me observava tanto quanto era observada por mim, e reparando nos meus trânsitos e nos meus contatos, ela me viu transitando entre as ruas e os serviços de atenção e assistência, me enxergando como uma possível funcionária que operava a extensão desses serviços para fora dos muros institucionais. Com as indagações e comentários, os ouro-pretanos me viam transitando entre a pesquisa e a terapia/cuidado. Com o adensamento da pesquisa, as situações em que eu era colocada no lugar de mediadora se multiplicaram, alcançando interfaces entre: loucos e serviços que de uma maneira ou de outra traziam consigo a oficialidade do Estado; loucos e familiares; familiares e ouro-pretanos.

As trajetórias manicomiais foram descortinando-se na medida em que as pessoas atribuíam a mim o lugar de

mediadora, e isso possibilita refletir sobre a relação entre a experiência de loucura atualizada nas ruas de Ouro Preto e a reforma psiquiátrica em curso, com seu enfoque na atenção comunitária. Nesse trabalho, o meu objetivo é resgatar casos etnográficos que demonstrem como as minhas ações fizeram com que a minha pesquisa se inserisse no campo da mediação, mesmo eu não estando inicialmente consciente dessa inserção. É bom lembrar que, embora a mediação seja vista como intrínseca ao trabalho do antropólogo, uma vez que trabalhos desse campo "*contribuem para ampliação de horizontes e renovação dos modos de comunicação e diálogo*" (VELHO, 2010, p. 22), o lugar de mediador, quando atribuído por outrem, na maioria das vezes se destina à resolução de questões práticas e pontuais.

A mediação que se insinua nos casos etnográficos ajuda a pensar as contribuições antropológicas para o processo de Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a defesa de que a saúde mental é um campo aberto à interdisciplinaridade e à intersetorialidade (SUS, 2002; 2010). Dentre essas contribuições, destaca-se às direcionadas para as práticas extramuros e para o aumento dos laços de contratualidade. A reinserção social é o ideal e o desafio da reforma, pois depende do reencontro da loucura com a cidade, isto é, não só da circulação das pessoas pela cidade, mas da possibilidade dessas experimentarem o poder contratual pela entrada nos circuitos de trocas de bens, afetos e mensagens (KINOSHITA, 1996).

Por um lado, o reencontro com a cidade mediante práticas extramuros convida os profissionais de saúde e assistência a saírem para as ruas. Para esse caso, a Antropologia poderia contribuir política e metodologicamente. Por outro lado, os antropólogos, já fora dos seus muros institucionais, se apresentam como um dos profissionais possíveis para compreender e mediar a entrada dos loucos nos circuitos de trocas. Nesse caso, seja como pesquisador ou um futuro profissional da rede de assistência, as contribuições dadas pelo antropólogo seriam de cunho prático e epistemológico.

A perspicácia de Socorro

A cidade de Ouro Preto é marcada por íngremes ladeiras pavimentadas com paralelepípedos, por escadarias e becos. Os casarões geminados – com portas e janelas ligando a casa à rua – são lares, comércios, consultórios, bancos e repartições públicas. As calçadas de pedras são estreitas e escorregadias, o que faz com que andar pela cidade exija muita atenção e reflexo para se desviar de outros corpos. Socorro começava a transitar por esse ambiente antes mesmo da abertura dos comércios e repartições, permanecendo em trânsito até de noite, passando repetidas vezes por algumas ruas. A Rua São José, apelidada de Rua dos Bancos, era uma das ruas pela qual Socorro passava muitas vezes ao dia. A importância dessa rua se deve à sua localização no centro da cidade e à quantidade de comércios, clínicas, serviços e bancos. Resumidamente, essa rua tinha bons fornecedores de papéis. Toda vez que eu buscava por Socorro, a Rua São José era o ponto para onde eu me dirigia e de onde eu começava a segui-la.

Os meus primeiros encontros com Socorro foram marcados por indiferença, eu a cumprimentava, oferecia papéis e canetas, e ela se desviava de mim. Eu a seguia e ela entrava em casarões e em becos me fazendo perdê-la de vista. Depois de semanas da minha insistente presença, Socorro passou a responder os meus cumprimentos e a aceitar os papéis e canetas que eu oferecia. Através da oferta de uma caneta consegui os primeiros segundos de conversa que iam além de um cumprimento, a primeira autorização para acompanhá-la em seus trajetos e a primeira promessa de que ela conversaria comigo para o trabalho que eu estava realizando. As nossas conversas se davam de maneira fragmentada, mas ela se esforçava em me explicar porque ela andava pelas ruas "*Eu fico assim na rua porque a moto quebrou minha cabeça toda assim. Eu fui atropelada nas Lajes, que a moto quebrou a minha cabeça, num posso ficar parada, cê sabe, né?*".

As interações com Socorro sempre partiam de mim, dos meus cumprimentos, pedidos para acompanhá-la e tirar fotos, perguntas sobre os trajetos e as pessoas que ganhavam seus papéis, curiosidades sobre os seus escritos. Socorro, já acostumada com a minha presença, tecia comentários a meu respeito "*Pois é, boba! Eu já vi ocê pertim, ocê é anja, assim, no cê assim num vai ter problema, cê sabe, né?*", "*Que num vai ter problema, cê sabe, né? Ocê é anja, cê tá com a cabeça limpa, os dentes limpim, cê sabe, né?*". Contudo, ao final de uma interação de mais de duas horas em que retirávamos papel de uma lixeira, separávamos o que era apostila e material didático, acomodávamos em caixas e sacolas, e transportávamos para o quintal de uma casa a aproximadamente 500 metros do local, Socorro me disse "*agora você não pode mais me perseguir não, porque tenho quatro filhas e eu não posso ser acompanhada na rua, é perigoso para você*".

Esse pedido para que eu parasse de "persegui-la" ocorreu minutos depois de eu ter cumprimentado rapidamente Isidoro próximo à casa em que deixávamos os papéis. Isidoro era um senhor que eu conhecia há bastante tempo e porteiro do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município. Socorro me perguntou "*Você trabalha pra quem? Você trabalha para o Isidoro?*". Eu disse que não trabalhava para ninguém, que na realidade eu realizava uma pesquisa, como já havia explicado a ela. Durante a nossa interação, eu pouco fiz perguntas, deixei que Socorro falasse dos assuntos que fossem do seu interesse e vontade. A fala de Socorro, marcada por fragmentação e repetições, se deu sobre o acidente sofrido nas Lajes, a sua necessidade de andar para resistir, os seus escritos guiados pelo ser supremo e pelo espírito de Chico Xavier, e sobre a sua saúde marcada por dores, remédios e internações.

Socorro me contou, mostrando cicatrizes, que o acidente de moto que sofrera havia deixado seu braço em farelos e sua cabeça em frangalhos. Ela contou que sofrera muito, mas que o motociclista não tinha culpa, pois ele havia sido usado em um crime premeditado. Socorro falou ainda das diversas internações pelas

quais passara, internações em Belo Horizonte e em Barbacena. Eu perguntei por que ela havia sido internada e ela respondeu "*eu era internada como louca, cê sabe, né fia? Esse negócio de loucura*.". Ela confidenciou que era "assim" desde mocinha, mas depois atribuiu a sua condição ao acidente sofrido. Em relação aos remédios, ela ponderou que estes tiravam a liberdade das pessoas, e que ela andava pelas ruas para resistir aos efeitos da medicação.

Se antes da minha interação com Isidoro, Socorro já havia me falado sobre as suas internações como louca, por que ela havia me pedido para parar de persegui-la? Até esse episódio, eu havia comprado o discurso de que Socorro não se ligava à esfera médica, uma vez que não realizava tratamentos e nem consultas no CAPS, não era uma "*pessoa da saúde mental*", categoria em que os usuários deste serviço eram enquadrados. No CAPS, eu fui informada que Socorro só passava por lá para deixar papéis e frutas para um médico que há muitos anos não fazia mais parte do quadro de funcionários da prefeitura. O questionamento de Socorro sobre "para quem eu trabalhava?" era uma desconfiança de que eu pudesse estar ligada ao serviço de atenção em saúde mental, de que eu estivesse monitorando-a. Dias depois dessa interação, Isidoro me falou que havia sido motorista de ambulância por muitos anos e que havia transportado Socorro diversas vezes para hospitais psiquiátricos em Barbacena e Belo Horizonte. Depois desse episódio, Socorro passou a interagir comigo com bastante reserva, sempre confirmando/desconfiando "*Seu nome é Lilian, né? Cê tá fazendo uma pesquisa*".

A ausência de Raimundo

Depois de 2010, a minha presença pelas ruas de Ouro Preto seguindo e acompanhando loucos de rua se dava por outro enfoque, o de levar a sério o que eles elaboravam sobre as suas experiências, buscando o que era relevante para cada um (CHAVES,

2013). Por esse enfoque, eu estava mais interessada no que eles tinham para falar, no que eles comentavam sobre as suas ações, do que nas elaborações dos ouro-pretanos. Raimundo, apelidado de Bichão, era uma dessas pessoas com quem eu interagia buscando apreender o ponto de vista do nativo. Raimundo era um senhor negro, de baixa estatura e fala infantil, que caminhava vagarosamente pela cidade pedindo emprestada aos passantes a quantia de cinquenta centavos. O dinheiro adquirido era utilizado para comprar cachaça e algum lanche.

Raimundo possuía uma configuração corporal marcada por um encurtamento em que os ombros pareciam tocar as orelhas. De vez em quando, aparecia ferido, com cortes e com a cabeça amassada. Por alguns meses perambulou pelas ruas em companhia de uma cadela nomeada por ele de Suzane. Além de pedir dinheiro emprestado em quantia tão modesta, Raimundo tinha por ação repetitiva tentar embarcar nos ônibus, independente do itinerário. A sua parada de ônibus predileta era a Barra, próxima à ponte. Raimundo sentava-se no banco, esperava o ônibus parar para que algum passageiro embarcasse ou desembarcasse e muito lentamente se dirigia à porta da frente do veículo, porta destinada ao embarque daqueles que possuíam gratuidade no transporte público. Os motoristas impediam que Raimundo entrasse, exigindo o documento comprobatório do benefício através de gritos ora sérios ora em tons de troça "*Bichão, cadê a sua carteira? Você só pode entrar com a carteira ou com o dinheiro*". Raimundo gritava "*eu tenho carteira, eu tenho carteira*" enquanto os motoristas fechavam as portas ou mesmo arrancavam o ônibus desequilibrando-o. Todos, dentro e fora dos ônibus, se divertiam com a cena. Raimundo permanecia horas nas paradas executando a mesma ação, levantando-se vagarosamente, indo até a porta do veículo, discutindo com o motorista, voltando ao banco e reclamando que chegaria o dia em que seria respeitado pelos motoristas.

Raimundo sumiu das ruas. Por dias vasculhei a cidade e não o encontrei. Ao perguntar sobre o paradeiro dele para algumas pessoas que tinham o costume de frequentar a Barra – funcionários de bares, motoristas de carreto, aposentados – ouvi de um senhor que quem deveria saber do paradeiro de Raimundo era eu, pois era eu quem cuidava dele pelas ruas. Outras pessoas vieram até mim buscar notícias de Raimundo e então me enveredei em descobrir o que estava acontecendo. Eu sabia em qual bairro Raimundo morava, mas não sabia a rua. Por indicação de um amigo da UFOP, procurei por um casal que tinha um bar no bairro de Raimundo. Coincidentemente, o homem era funcionário da Secretaria de Saúde. O seu filho, que primeiro me atendera, logo disse que Raimundo estava sumido há dias e que todos estavam sentindo a sua falta, inferindo se tratar de internação ou coisa pior. O dono do bar indicou precisamente a casa de Raimundo e pediu que eu continuasse com a pesquisa e que dela resultasse "*encaminhamentos para os pesquisados*", argumentando que não adiantava só levar as pessoas para a clínica, era preciso saber da vida cotidiana delas como parte do tratamento.

Vestida de calça jeans, camisa polo listrada e sandálias, eu bati à porta da casa de Raimundo. La dentro, três senhoras conversavam e suas vozes se misturavam ao som da televisão. Uma senhora abriu a porta e eu perguntei se ali era a casa do Raimundo. Ela chamou por outra senhora que, à porta, me perguntou se eu era a assistente social da Prefeitura. Eu perguntei se ela estava esperando pela assistente, ela respondeu que não, explicando que as assistentes costumavam aparecer de surpresa. Eu disse que eu era uma antropóloga, pesquisadora da Universidade de Brasília. Depois de entrar na casa, me apresentei e expliquei o motivo da minha inesperada visita: obter informações sobre Raimundo, pois ele estava ausente das ruas e todo mundo estava preocupado com ele. A senhora se apresentou como cuidadora cotidiana, ressaltando que não era a curadora, a responsável legal. Ela disse que Raimundo estava sendo bem

cuidado na casa ao lado da sua, que ninguém estava "*judiando dele*". Ela explicou que ele estava sendo "*mantido em casa*" devido à sua debilidade, agravada pelo consumo excessivo do álcool.

De forma bem gentil, a senhora quis saber da minha proximidade com Raimundo, e eu contei das nossas conversas. Raimundo havia me contado que possuía a carteira do benefício da gratuidade e que o irmão a mantinha guardada, de uma casa que havia sido vendida, do acidente que sofrera quando um caminhão rolou com ele ladeira abaixo, que a postura encurtada dele e as perambulações pelas ruas eram posteriores ao acidente. Ao ouvir o meu relato, a senhora disse, surpresa: "*Ele te contou essa história do acidente? É verdade mesmo*". A outra senhora comentou "*Viu? Ele não é tão ruim da cabeça*". A cuidadora compartilhou algumas informações a respeito da trajetória de Raimundo, falou da relação dele com o CAPS, justificando que ele não frequentava mais o serviço devido à reforma do local, e da medicação que tomava (SEMAP).

Eu expliquei a pesquisa que realizava, pontuando que gostaria de conversar mais vezes com Raimundo, visitá-lo enquanto ele estivesse sendo mantido em casa, conversar também com a família quando possível. A senhora não se opôs, se mostrando bem solícita, mas como ela disse que era a cuidadora cotidiana, eu disse que precisava da autorização do responsável legal. Rapidamente, a senhora se ofereceu para ligar para a responsável legal. A responsável legal não autorizou as visitas, afirmando que Raimundo era "*um caso sem solução com o qual ela já perdera muito tempo*", que ele não ia voltar mais para o CAPS, a não ser em dia de consulta. Eu compartilhei as informações para as pessoas que me procuraram para obter notícias de Raimundo. Algum tempo depois, já fora de Ouro Preto, reconheci Raimundo em uma foto tirada dos moradores do Lar de Idosos São Vicente de Paula.

Cíntia e a curatela

Todos os dias, por volta de 13 horas, Cíntia sentava-se de frente à porta do Fórum esperando pela chegada da juíza do município. Ela acenava para a juíza e pedia para que esta a adotasse como filha. Cíntia me contou da sua admiração pela juíza e do desejo de ter uma nova família através da adoção. Na época, ela tinha 32 anos, cabelos loiros e curtos, e andava pelas ruas portando uma prancheta de madeira e papéis nos quais escrevia poesias e desenhava rostos e casarões. Quando não estava escrevendo e nem desenhando, Cíntia se oferecia como guia para os turistas, tirava fotos e contava histórias sobre a Inconfidência Mineira. Cíntia se autodeclarava escritora, poeta, artista, guia de turismo e inconfidente.

A minha aproximação de Cíntia se deu através de fotos. Numa tarde, pedi que ela me fotografasse e passamos mais de uma hora caminhando pela cidade. Nos dias seguintes comprei algumas de suas poesias e permiti que ela fizesse o desenho do meu rosto. Desde a primeira interação, Cíntia explicou que andava pelas ruas porque era muito sofrido ficar em casa sem fazer nada, ainda mais sob os efeitos colaterais dos remédios, que impediam que ela se concentrasse em algo simples, como ver televisão ou ler um livro. As ações que ela executava lhe rendiam algum dinheiro, gasto em necessidades pontuais (lanches e produtos baratos). Cíntia, num misto de revolta e resignação, revelou que não podia trabalhar porque era interditada e recebia a LOAS. A expressão "receber a LOAS" é uma metonímia comumente usada para se referir ao recebimento do Beneficio da Prestação Continuada/BPC regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social/LOAS (BRASIL, 1993).

Das pessoas que eu acompanhei, Cíntia era a mais nova, a que há menos tempo perambulava pelas ruas (mais de 5 anos) e a que mantinha ligação cotidiana com o serviço de atenção em Saúde Mental do município. Para ela, tanto o tratamento

no CAPS, a interdição civil, o recebimento do benefício e a perambulação pelas ruas eram consequências da sua depressão. Cíntia descrevia a depressão como crises de riso e de choro sofridas ainda na adolescência, entre os 12 e os 15 anos, e que a impediam de se concentrar nas aulas. Aliadas às crises de riso e de choro, ela se referia a visões nas quais um homem a perseguia com uma faca com a intenção de matá-la. Ela também concebia a depressão enquanto dificuldades para conviver com as outras pessoas. Dentre as dificuldades de convivência, Cíntia acreditava que por possuir cabelos curtos, crespos e queimados de sol, as pessoas evitavam-na. O aspecto dos seus cabelos era um motivo de muito sofrimento para Cíntia.

Em várias ocasiões, Cíntia me disse que eu era uma pessoa com quem ela gostava de conversar, confidenciando conflitos existenciais, familiares, desejos e sonhos. Ela também me pedia informações e me perguntava o que eu sabia de um determinado assunto. Lembro-me dela perguntando a respeito do que eu sabia sobre tipos sanguíneos ou sobre formas dela conseguir voltar a estudar, arranjar um trabalho e um marido. Numa manhã, depois de alguns minutos em que conversávamos sobre os remédios que ela tomava e sua postura de recusa perante a medicação, eu a convidei para almoçar na minha casa. Cíntia aceitou o convite e disse ter ficado muito contente, pois era a primeira vez que alguém a convidava para almoçar. Ela afirmou que se as pessoas fizessem o mesmo, ela se sentiria menos sozinha e infeliz.

No caminho até a minha casa, nós decidimos o cardápio e compramos alguns ingredientes. Eu me certifiquei se ela tinha restrições alimentares por questões de saúde ou religião e também em relação aos alimentos que ela não gostava. Cíntia disse que não gostava de comer jiló, e que sua comida preferida era salada de alface e tomate, quiabo e batata ensopada. Eu disse a Cíntia que eu não gostava de batata ensopada e nem de chuchu, além disso, expliquei que eu não comia carne. Dentro de

uma mercearia, vimos em um cartaz em que alguém procurava por uma faxineira. Cíntia ficou interessada na vaga, mas disse não saber se era capaz de faxinar, pois sua irmã lhe dizia com frequência que ela não servia para nada.

Na minha casa, Cíntia permaneceu um tempo na sala assistindo a um canal religioso enquanto eu preparava o almoço. Ela pediu que eu ligasse para a irmã dela para lhe dar satisfação sobre onde estava. Eu liguei e ela falou: "*Estou aqui na casa de uma amiga que conheci na rua, ela me chamou para almoçar*". Cíntia passou o telefone para que eu falasse com a sua irmã, pois esta não estava acreditando. Eu me apresentei, falando quem era e o que fazia, e forneci as coordenadas da minha casa. A irmã disse desconfiar de Cíntia achando que ela estava na casa de *"um homem velho que não prestava"*. A irmã pediu para que eu convencesse Cíntia a ir para a oficina de saúde mental que ocorreria na Praça da Universidade no início da tarde. Prometi que assim o faria, findado o almoço.

Na cozinha, lembrei a Cíntia da oficina de Saúde Mental. Ela disse que não estava gostando da oficina porque ela tinha que interagir com gente pior que ela, pacientes mais problemáticos. Cíntia refletiu: "*Se eu convivesse com gente mais normal, com certeza eu estaria bem melhor*". Pedi que ela passasse na oficina para ver o que estava acontecendo e para não causar conflitos com a irmã. Cíntia me disse que a sua irmã havia lhe interditado e a mantinha interditada só por causa do benefício. Ela afirmou que essa era a opinião dos seus outros irmãos que moravam em outras cidades, pois estes acreditavam que ela poderia levar uma vida mais independente, trabalhar, namorar, estudar. Para Cíntia, esse é um motivo de brigas entre os familiares, já que uma das suas irmãs havia sido ameaçada de morte pela irmã curadora ao expressar esse ponto de vista.

Respondendo à minha pergunta se ela acreditava mesmo nessa postura da irmã, Cíntia argumentou pausadamente: "*A minha irmã cuida de mim porque é minha irmã, mas ela juntou a*

fome com a vontade de comer". Cíntia não sabia ao certo o valor do benefício e duvidava da forma como a irmã o gerenciava, pois nenhum dos seus pedidos era atendido sob a alegação de falta de dinheiro. Ela disse ter buscado ajuda no SIAME (Serviço de Atendimento à Mulher), entidade que presta serviços para mulheres vítimas de violência doméstica, para que fosse desinterditada. Além da não prestação de contas do dinheiro gasto, da não satisfação dos seus desejos enquanto beneficiária, Cíntia denunciou a chantagem feita pela irmã: "*Minha irmã disse que se eu perder o benefício, eu vou ter que me prostituir para continuar vivendo, porque ela vai me jogar na rua*". Eu indaguei, "*como assim perder o benefício?*" e ela explicou que poderia perder o benefício caso fosse considerada "*boa para trabalhar*" pela perícia médica. Cíntia afirmou que a irmã tinha medo de que ela perdesse o benefício e que por isso fazia questão de adoecê-la.

Cíntia pediu que eu a ajudasse na sua desinterdição, sugerindo que eu me unisse aos seus irmãos na briga contra a irmã curadora. Eu falei que teria muito prazer em conhecer todos os irmãos, incluindo a curadora, e que eu precisava ouvir as pessoas para entender as suas posições. Além disso, pontuei que eu pouco poderia fazer a não ser buscar por informações. Ela argumentou: "*Você não pode conhecer primeiro a minha irmã que cuida de mim, ela vai virar a sua cabeça e você vai me rejeitar e ter medo de mim. A minha irmã parece gostar que eu fique doente, ela me enlouquece. Ela ameaça todo mundo que tenta me ajudar. Se ela te ameaçar de morte, você vai se afastar, não vai conversar mais comigo nas ruas, não vai querer ser mais minha amiga*". Eu disse a Cíntia que a irmã dela não teria motivos para me ameaçar de morte.

O almoço ficou pronto e eu fui arrumar a mesa. Eu perguntei a Cíntia o que ela sabia sobre o benefício, se ela já tinha lido a lei para averiguar as responsabilidades do curador, para saber do valor recebido e sobre como a sua irmã deveria gerenciar o dinheiro. Ela disse que não conhecia as leis. Eu disse que ela deveria conhecer as leis e as normas, que era importante ela se

informar. Depois do almoço, Cíntia saiu da minha casa dizendo que iria para a oficina de saúde mental. Eu passei a tarde lendo sobre a Lei Orgânica de Assistência Social e a parte relacionada à interdição civil e curatela do Código Civil. Em outras ocasiões conversamos mais sobre as leis, sobretudo nos momentos em que ela questionava a sua condição de interditada e me pedia ajuda no processo de desinterdição.

Mediação e práticas extramuros

Na literatura antropológica, a mediação aparece em ao menos três entradas: como constituinte do trabalho do antropólogo; como objeto de estudos; como ferramenta e *expertise* dos antropólogos que se inserem em atividades fora dos muros da academia. A primeira entrada consiste no esforço do antropólogo de evidenciar o exercício sistematizado de traduzir e interpretar visões de mundo. A segunda entrada recai na percepção e apontamento de indivíduos que, transitando entre contextos, trocando informações, articulando interesses e engendrando mudanças, podem ser analisados como mediadores entre segmentos sociais, incluindo as esferas estatais. A terceira entrada demonstra que a temática da mediação ganha um colorido especial quando os antropólogos alcançam o lugar de profissionais mediadores em instâncias extramuros nas quais interpretam rotinas, códigos e demandas nas relações entre grupos e o Estado.

Enquanto constituinte do esforço de construção do conhecimento antropológico, Silva (2008, p. 15) coloca como substrato da mediação, "*o constante exercício desnaturalizador*" e o "*olhar relativizador*" realizados pelo antropólogo. Oliveira (2008, p. 23) acrescenta que "*ainda que relativize suas pressuposições culturais, o antropólogo não pode se abster da mediação destas para transformar*

sua visão inicial do problema estudado, captando os sentidos das práticas sociais e de suas representações".

Dessa maneira, se para compreender o que é uma ciência deve-se olhar para o que os seus praticantes fazem, e os antropólogos fazem etnografia (GEERTZ, 2007), é preciso apontar que as dimensões epistemológicas e políticas desta não podem ser apreendidas separadamente. Se por um prisma, realizar uma etnografia parte da necessidade de alcançar pontos de vista e visões de mundo, através de descrições densas e de combinações de conceitos de experiência próxima e de experiência distante (GEERTZ, 2008), a mediação é inerente à postura do antropólogo, pois este dá forma específica para uma infinidade de interações nas quais os indivíduos negociam realidades. A pesquisa realizada se dá sobre constante mediação que, desde os primórdios da institucionalização disciplinar, carrega consigo um jogo de assimetrias e associações conduzido por aquele que é treinado para transitar entre realidades sociais.

A mediação enquadrada como objeto de estudo está presente nas análises tanto das sociedades complexas e metropolitanas (VELHO, 2001; 2010) quanto do campesinato (VALLE, 2015). Gilberto Velho (2010) defende que a mediação é um fenômeno socioantropológico e que o mediador é interprete e reinventor da cultura. Para o autor, os indivíduos nas sociedades metropolitanas deslocam-se entre universos sociais e modos de percepção distintos, tais deslocamentos podem fomentar o papel de mediadores entre mundos, estilos de vida e experiências (VELHO, 2001). O autor ressalta que nem sempre o mediador tem um projeto claro de mediação, nem todo mediador é um mediador profissional que implementa de modo sistemático a prática de lidar com vários códigos.

No âmbito do campesinato, Valle (2015) traça um panorama mostrando como a mediação, inicialmente atrelada à relação patrão-cliente para ligar níveis locais aos nacionais, é ampliada não se centrando mais exclusivamente na figura do

patrão e da assimetria evidente. Segundo o autor, a mediação se concretiza por ser "*uma relação singular, especial, que estabelece um vínculo ou canal entre níveis e mundos sociais distintos, envolvendo trocas e transações entre pessoas, redes, instituições e coletividades*" (VALLE, 2015, p. 39). O autor acrescenta que essa relação é uma relação de poder, pois se baseia em diferenças de autoridade, competência e conhecimento.

A inserção de antropólogos em instâncias externas à academia, como em cargos e funções de órgãos estatais, ONGs, ou prestando consultorias para a elaboração de laudos, não deixa de evocar as duas entradas assinaladas anteriormente. Primeiro, porque o antropólogo resgata, para a execução de sua função, as qualidades desenvolvidas durante os processos formativos que se deram na esfera da universidade e também nas pesquisas realizadas para cumprir requisitos desta esfera. Silva (2008, p. 17) pontua que, nas discussões realizadas por antropólogos atuantes em esferas não acadêmicas, "*o instrumental apreendido e incorporado, então, com a experiência acadêmica era a chave da atuação extramuros*". Assim, no cumprimento de suas funções, os antropólogos acionam a mediação enquanto constituinte do processo de construção de conhecimento no qual foram treinados.

Segundo, porque treinado para detectar processos de mediação, o antropólogo reconhece em sua atuação as características dos mediadores, isto é, pessoas que transitam entre mundos sociais distintos e que nesse trânsito realizam trocas e transações valendo-se de diferenças de autoridade. Enquanto mediadores, eles se valem da autoridade adquirida com trabalhos de campo. Silva (2008, p. 16) relata que "*foi comum ouvir-se que uma proposta de trabalho extramuros se apresentasse a partir de experiências intramuros 'Eu tinha feito trabalho de campo, conhecia a realidade...*'". No entanto, nesse contexto, os antropólogos são mediadores profissionais, isto é, têm um projeto claro de mediação que se articula com as necessidades das instituições. Deste

modo, Oliveira (2008, p. 23) defende que "*a práxis da mediação da cultural*" visa "*articular ou sancionar relações sociais*" e também "*equacionar direitos*".

Os três casos etnográficos apresentados na seção anterior deixam transparecer aspectos que podem ser analisados pelas entradas nas quais a mediação aparece no pensamento antropológico. Enquanto antropóloga, no exercício de ouvir os ouro-pretanos para compreender a experiência de loucura atualizada na cidade e no de ouvir os loucos de rua para apreender o que eles elaboravam a respeito das suas experiências, havia, no meu esforço de construção de conhecimento, tentativas de interpretar e articular visões de mundo de modo que pudessem ser alcançadas por um leitor potencial. O meu interesse era complexificar as proposições sobre loucura que apenas enfatizavam a sua exclusão de dimensões da vida social e, posteriormente, me contrapor ao silenciamento dos loucos, consequência da consideração de que as suas palavras eram nulas por expressarem apenas indícios de suas loucuras. De toda maneira, política e epistemologicamente, eu estava interessada na positividade da loucura.

Com a credencial de pesquisadora, transitei não só pelas ruas, mas entre universos sociais e de significação. Eu utilizei do conhecimento adquirido com a minha formação e também no dia a dia da pesquisa para me apresentar em espaços que não são abertos a qualquer um. Por mais que os loucos de rua circulassem e fossem acessíveis, a proximidade entre eles e os ouro-pretanos se restringia a uma atualização já ritualística de seus comportamentos, portanto repetitiva e limitada.

A forma como busquei me aproximar insistentemente – no início reforçando comportamentos (presenteando Socorro com canetas, emprestando dinheiro para Raimundo e pedindo para que Cíntia me fotografasse ou comprando as suas poesias) e depois buscando dar a eles abertura para falarem de assuntos dos seus interesses e agindo com eles em atividades cotidianas

(como retirar papéis de lixeiras) – se configurava como tentativa de entrada nesse espaço de positividade do outro. A iniciativa de me dirigir à casa de Raimundo para obter notícias sobre a sua vida demonstra bem essa entrada intrépida em espaços, justificada pela credencial de pesquisadora. Não foi à toa que a minha proximidade fez com que eu fosse vista como alguém que poderia ser funcionária da prefeitura, seja no campo da saúde ou no campo da assistência social.

Todavia, se me dirigi à casa de Raimundo fora também porque os ouro-pretanos creditaram a mim a incumbência de saber sobre ele, afinal eu era a pesquisadora sempre próxima, cuja proximidade era vista com o *status* de cuidado. A pesquisadora, que através de suas credenciais transitava em espaços e adquiria informações, precisava compartilhar informações ou mesmo enveredar em buscá-las quando instada a fazer isso. Aqui se percebe que o movimento, a autoridade e a troca estão na base da mediação.

Na casa de Raimundo, depois de me apresentar como pesquisadora e de confirmar meu status ao compartilhar os assuntos das conversas que mantinha com ele, a sua cuidadora cotidiana me reconheceu como tal e disponibilizou informações importantes sobre ele. Porém, mais do que isso, ao explicar que Raimundo não estava sendo judiado, que estava sendo mantido em casa devido à sua debilidade agravada pelo consumo de álcool, que ele não estava frequentando o CAPS porque este estava em reformas, a cuidadora se justificava para mim e, através de mim, para todas as pessoas que estavam preocupadas. De modo semelhante, a responsável oficial, ao não permitir as minhas visitas e conversas, não se mostrou indiferente à minha pesquisa, justificou seu posicionamento e mais assertivamente viu a minha presença como portadora de conflitos entre a esfera familiar e a esfera comunitária.

Embora a minha atitude de ir até a casa de Raimundo soasse como uma atitude de alguém que se coloca como

mediador, esse não era o caso. Eu me enquadrava na categoria apresentada por Velho (2001) de uma pessoa que não tinha um *plano claro de mediação*, uma vez que eu estava ali buscando notícias e coletando (fabricando) dados de pesquisa. Nessa mesma perspectiva, me vi na relação travada com Cíntia durante o almoço na minha casa. Quando Cíntia me pediu para ligar para sua irmã a fim de notificá-la de onde estava e quando a irmã de Cíntia me pediu que a convencesse a participar da oficina de saúde mental, ambas me conduziram ao lugar de mediadora, que mais uma vez não estava planejado. Esse lugar ganhou intensidade quando Cíntia me pediu para lhe ajudar na sua desinterdição, o que implicava me unir aos seus irmãos contra a sua irmã curadora e ter alguma entrada na esfera do judiciário através do conhecimento das leis e normativas.

Socorro, depois de me ver conversando com Isidoro, que além de porteiro do CAPS havia sido um motorista que a levava para hospitais psiquiátricos em Barbacena e Belo Horizonte, pediu para que eu parasse de persegui-la advertindo que era perigoso para mim. Socorro não só postulou a minha ligação ao CAPS, mas ao histórico de violências institucionais sofridas fora do âmbito de Ouro Preto e que tinham em Isidoro uma lembrança viva. Ao me advertir, ela ao mesmo tempo me atribuía um papel de mediadora e buscava fazer com que esse lugar deixasse de existir. Entretanto, Socorro me fez enxergar que esse papel de mediação atribuído a mim, que estava nas ruas realizando uma pesquisa, poderia ser ampliado se de fato ele saísse dos planos claramente não planejados de mediação para os planos de mediação profissional.

Oficialmente e institucionalmente, eu não realizava mediação entre os loucos de rua e esferas estatais, especificamente a esfera da atenção em saúde mental. No entanto, eu mantive contato com pessoas ligadas ao CAPS, visitando algumas vezes os serviços e conversando com profissionais e usuários. No CAPS obtive informações que me permitiram

entender a integração que os loucos de rua mantinham com a cidade, obtive considerações pessoais dos profissionais em relação a cada louco de rua, nunca informações de prontuários daqueles que lá se consultavam. Com os funcionários do CAPS compartilhei um pouco do que eu via e ouvia nas ruas.

Em uma conversa com uma assistente social e um psiquiatra, fui brindada com a consideração de que os antropólogos seriam profissionais bem-vindos à rede de atenção, uma vez que as informações adquiridas com o trabalho de campo se articulariam de maneira interessante com as de outros profissionais, ampliando o leque de abordagens em saúde mental. Essa visão também apareceu na fala do dono do bar que me ensinou o endereço de Raimundo, ele acreditava que a minha pesquisa deveria gerar "encaminhamentos" para cada pesquisado.

O extramuro no campo da saúde mental

A luta pela reforma psiquiátrica brasileira, segundo Amarante (2009), tem como marco o ano de 1978, devido à crise na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM e à organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Os trabalhadores de saúde mental, em sua grande maioria sob o regime de trabalho precário, denunciaram os maus-tratos e as violências que eram rotineiras nos hospitais psiquiátricos. As críticas e questionamentos ao saber psiquiátrico, em vigor desde a metade do século XX, juntamente com as denúncias de violências, fundamentavam a defesa do fim da assistência calcada em práticas manicomiais. O slogan "*Por uma sociedade sem manicômios*" [153] foi utilizado para mostrar o caráter antimanicomial

153 Este slogan surgiu como tema no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em 1987 na cidade de Bauru (MTSM, 19878). Nessa ocasião, os congressistas divulgaram pelas ruas da cidade um documento que ficara conhecido como o "Manifesto de Bauru".

que o movimento se esforçava por imprimir nas demandas por reforma. Reformar passava por extinguir os manicômios.

As demandas pela extinção dos hospitais psiquiátricos, pela criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e pela organização de serviços substitutivos inseridos na comunidade deram a tônica nas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas antes da promulgação da lei 10.216 em abril de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; 1994). Essas demandas mostram que o extramuro nesse contexto concernia ao extra-hospitalar. A lei 10.216, enfocando os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, dentre estes, o direito de ser atendido em serviços comunitários e ser tratado em ambientes menos invasivos, restringiu as internações aos casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes (BRASIL, 2004).

Com a consolidação da rede substitutiva de assistência nos municípios e com o enfoque nas articulações intersetoriais necessárias para a efetivação da reinserção social, o extramuro passa a se referido como extra-CAPS. Em uma das diretrizes do tópico "Práticas Clínicas no Território", componente do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, propõe-se "*Garantir a realização e participação em atividades extra-CAPS – passeios, atividades culturais, atividades esportivas etc. – como forma de estimular a reinserção social dos usuários.*" (SUS, 2010, p. 68).

O extra-CAPS se configura como uma tentativa de se evitar que o modelo se torne *capscêntrico*[154]. Azevedo *et al.* (2012, p. 597) explica que "*não é possível promover a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico apenas dentro dos limites do CAPS, isso porque tal fato representa reproduzir o isolamento do passado*". As atividades extra-CAPS se baseiam na concepção de atenção pelo território, na qual o usuário, por intermédio do serviço, usufrui o que a cidade oferece, tendo o seu direito à cidade

154 Capscêntrico é um termo de acusação assim como hospitalocêntrico. Tais termos são usados para desqualificar enfoques e modelos de assistência, eles guiam disputas entre profissionais que defendem com mais força um ou outro tipo de dispositivo.

restabelecido. Assim, contorna-se o problema apontado por Rotelli (2006, p. 303) de que "*geralmente, quando se sai da violência do manicômio, se entra na violência mais sutil da assistência*".

A partir das experiências que vivi como pesquisadora nas ruas de Ouro Preto, eu vislumbro a possibilidade de amarrar a mediação realizada pelo antropólogo às discussões e propostas de práticas extramuros na saúde mental. Enquanto antropóloga, utilizando da credencial de pesquisadora, circulei pelas ruas seguindo e acompanhando loucos, me detive em buscar como eram vistos e como se viam no cotidiano da comunidade, me aproximei de forma tão insistente e às vezes intrépida de espaços caros a eles, sendo por isso vista como alguém que cuidava, que poderia pertencer às esferas institucionais que cuidam, e que deveria propor "encaminhamentos" – termo que já é um jargão na área da saúde. Posto isso, vislumbro que posturas como a que tive durante meu trabalho de campo podem ser de grande valia para as tentativas de acompanhar e mediar a entrada de usuários do CAPS em dimensões extra-CAPS. Haveria então um encontro entre o trabalho de campo e o que Lancetti (2012, p. 19) definiu como clínica peripatética: *"Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento".*

Por esse viés, o trabalho antropológico pode sim se enquadrar no âmbito do cuidado, na medida em que o "acompanhamento antropológico", em vez de entender as experiências clínicas, se paute por apreender as dificuldades e os dilemas sociais das pessoas acompanhadas, sobretudo, os relacionados ao aumento do poder contratual e às possibilidades de participação em processos de trocas sociais (KINOSHITA, 1996). As minhas ações pelas ruas que eram vistas como terapêuticas, algo que me incomodava, podem até fazer jus ao adjetivo, desde que o termo não seja circunscrito à busca de cura e sim às tentativas de melhor viver, das quais fazem parte ser ouvido, ser acolhido, ser respeitado em suas diferenças e potencialidades.

Considerações finais

Curiosamente, os loucos de rua que os ouro-pretanos classificavam como pertencentes à esfera pública, parte da singularidade local, guiaram o meu olhar para trajetórias manicomiais, limitadoras de suas potencialidades, e para serviços de atenção e assistência. Os loucos de rua apontaram para dificuldades que também poderiam ser cotidianas para aqueles que não possuíam a mesma integração ou abertura da cidade. Com isso, demonstraram que as definições sobre loucura sempre conformam aqueles que passam pelos portais de hospitais psiquiátricos e dos CAPS, definições que continuam a ressoar neles, mesmo que perambulem há muitos anos pelas ruas.

O movimento tortuoso da argumentação nesse texto aponta para a forma como o meu olhar foi se movendo e sendo conduzido em ziguezague entre espaços, expectativas e interesses. Pelas ruas, foi direcionado às esferas de atenção, aos cuidados, à clínica; pelas esferas de atenção foi guiado para a necessidade de se inserir na rua. A mediação atribuída a mim partiu desse trânsito no qual a cada conversa se descortinavam ligações entre loucos de rua e as esferas de cuidado, loucos de rua e suas famílias, famílias e ouro-pretanos, e também, loucos de rua e ouro-pretanos. Dois pontos precisam ser retidos desse caminho de pedras: o tipo de mediação suscitado pelas minhas ações e o desdobramento dessa mediação como contribuição antropológica para as práticas extramuros no campo da saúde mental.

O trânsito por diversos espaços permitiu o meu acesso a grupos sociais e universos de significação distintos que ora se complementavam, ora disputavam realidades. O trânsito se justificava pela minha credencial de pesquisadora em campo que, lidando com loucos que perambulavam pela cidade, também precisava perambular. No entanto, se a mediação já estava presente no meu esforço de construir algum conhecimento a respeito da experiência de loucura atualizada em Ouro Preto e

das elaborações dos loucos sobre as suas experiências, ela não se dava sobre nenhum plano sistemático. A categoria de *mediadora sem plano claro de mediação* também se estende aos momentos em que fui acusada de e interpelada a mediar.

A passagem de uma mediação não planejada para uma mediação com planos sistemáticos se configura como a contribuição antropológica para o campo da saúde mental no que tange às práticas extramuros. O trabalho de campo do antropólogo, no qual caminha, observa, conversa e escuta, pode ser uma atividade extramuro que se insere na dimensão do cuidado. O "acompanhamento antropológico" se insinua de grande valia para compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários para participarem de trocas de bens, afetos e mensagens, isto é, para aumentar laços de contratualidade. Essas dificuldades estão intrinsecamente ligadas às barreiras existentes para se usufruir a cidade, seus serviços e suas redes. O encontro da loucura com a cidade é muito mais do que o andar do louco por suas ruas e a entrada do louco em seu imaginário.

Referências

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida:* a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AZEVEDO, E. La nave và. *Olympia: Cadernos de Saúde Mental de Ouro Preto*, Ouro Preto, ano 1, n. 1, 2004.

AZEVEDO, E. *et al.* Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 595-605, out./dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei 8742. Lei Orgânica de Assistência Social.* Brasília: 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 -2004.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHAVES, L. *"Esse negócio de loucura, cê sabe né, fia":* integração e diferenciação pelas ruas de Ouro Preto. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

CHAVES, L. *Loucura e experiência:* seguindo loucos de rua e suas relevâncias. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. "Do ponto de vista dos nativos": a natureza do entendimento antropológico. In: _____. *O saber local*. Petrópolis: Vozes, 2007.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental, 25 a 18 de junho de 1987: relatório final.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

MTSM. II Congresso Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental. *Manifesto de Bauru*. Bauru, 1987.

OLIVEIRA, J. A práxis da mediação cultural. In: SILVA, G. (Org.). *Antropologia extramuros:* novas responsabilidades sociais e políticas dos antropólogos. Brasília: Paralelo 15, 2008.

PAGOT, A. M. *O louco, a rua e a comunidade:* as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROTELLI, F. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios:* subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SILVA, G. Apresentação. In: _____. (Org.). *Antropologia extramuros:* novas responsabilidades sociais e políticas dos antropólogos. Brasília: Paralelo 15, 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. Conselho Nacional De Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001.* Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.* Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

VALLE, C. G. Apresentação – etnicidade e mediação como política e cultura. In: _____. (Org.). *Etnicidade e Mediação*. São Paulo: Annablume, 2015.

VELHO, G. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, G; KUSCHNIR, K. (Org.). *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Altiplano, 2001.

VELHO, G. Metrópole, cosmopolitismo e mediação. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 15-23, jun. 2010.

VILELA, C. *Hospícios da Terra Santa no Brasil*. 2015. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SOBRE OS AUTORES

CARLA COSTA TEIXEIRA

Possui mestrado em Antropologia pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1991) e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília (1997). É professora associada IV da Universidade de Brasília, tendo sido professora visitante na Simon Fraser University (CA) durante seu pós-doutoramento. Pesquisa sobre Antropologia da política e da saúde, atuando sobre os temas da etnografia das instituições e da vida política, e das políticas de governo com ênfase na saúde indígena.

CARLOS GUILHERME DOVALLE

É mestre em Antropologia Social pelo PPGAS/Museu Nacional (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e Doutor no University College London (Reino Unido, 2000). De 2002 a 2004, foi professor do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba. Atualmente, é professor associado IV da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Seus interesses de pesquisa incluem antropologia da saúde, AIDS, ativismo político, etnicidade, sexualidades e emoções.

CAROLINA BRANCO DE CASTRO FERREIRA

Fez o mestrado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e o doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Seu pós-doutorado foi realizado na Universitat Rovira - Virgili (Catalunya/Espanha). Atualmente é pesquisadora pós-doc FAPESP associada ao Núcleo de Estudos de Gênero - PAGU/Unicamp. Tem trabalho com os seguintes temas de pesquisa: gênero/sexualidade, AIDS, itinerários terapêuticos, moralidades e teoria feminista.

CRISTINA DIAS DA SILVA

É doutora e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. É professora Adjunta II do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. É líder do Grupo de Pesquisa Antropologia das Fronteiras Conceituais (UFJF) e colíder do Grupo de Pesquisa Antropologia Política da Saúde, com Carla Teixeira (UnB). Desenvolve pesquisas sobre corpo, práticas terapêuticas, saúde indígena, antropologia da política e do poder.

DIOGO NEVES PEREIRA

Fez mestrado e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília (2008 e 2012) e pós-doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2014). É professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (Campus Diamantina). Seus interesses de pesquisa concentram-se em políticas de atenção primária à saúde e em relações entre saberes no campo.

ÉRICA QUINAGLIA SILVA

É mestre em Antropologia Social (UFSC) e doutora em Antropologia, Sociologia e Demografia (Sorbonne/UFSC). Realizou pós-doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/Fiocruz/UERJ/UFF). É professora da Universidade de Brasília. Tem interesses de pesquisa em sociologia urbana, antropologia da saúde, bioética, saúde mental, saúde coletiva, antropologia da morte, antropologia audiovisual e direitos humanos.

LILIAN LEITE CHAVES

É mestre e doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília, UnB. Atualmente é bolsista pós-doc na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, atuando como professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e do Departamento de Antropologia. Pesquisa saúde mental, indivíduo e sociedade, etnografia institucional e políticas públicas.

MARCOS PELLEGRINI

Tem graduação em medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Seu mestrado e doutorado foram em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. É professor do Instituto de Antropologia, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima. Tem interesse de pesquisa em antropologia da saúde, etnologia e saúde indígena, linguagem e performance.

MÓNICA FRANCH GUTIÉRREZ

Possui mestrado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco e doutorado em Antropologia pelo PPGSA-UFRJ (2008). Em 2016, realizou estágio pós-doutoral na Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha). É professora adjunta III do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba, e membro permanente dos Programa de Pós-Graduação em Antropologia e em Sociologia da mesma universidade. Desenvolve pesquisa na área da antropologia da saúde, gênero e sexualidades, geração e juventude.

RITA DE CÁSSIA NEVES

Possui mestrado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, vinculada ao departamento de Antropologia e ao quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRN. Seus interesses de pesquisa voltam-se à etnologia indígena, identidades, antropologia da saúde, cartografia social, cultura popular, performances e festas.

ROSA VIRGÍNIA ALBUQUERQUE MELO

Possui mestrado e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília. É pesquisadora colaboradora no Departamento de Antropologia/UnB. Tem experiência de docência na Universidade Católica de Brasília, na Universidade de Brasília e atualmente na Universidade Federal da Paraíba, onde atua como bolsista de Pós-doutorado nacional. Desenvolve pesquisa em antropologia da religião, antropologia e saúde, antropologia da educação.

ROSAMARIA GIATTI CARNEIRO

É doutora em Ciências Sociais pela UNICAMP (2011) e mestre em Direito pela Universidade de Brasília. Fez estágio doutoral na Universidad de Barcelona (2010). Atualmente é professora Adjunta do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da FCE/UnB. Atua na área de antropologia da saúde, antropologia urbana e teoria antropológica com destaque para questões de gênero, raça, sexualidade, reprodução e saúde coletiva.

ROZELI PORTO

É mestre e doutora em Antropologia Social pela UFSC. Fez pós-doutorado pela Universidad de Sevilla (Espanha). Atualmente, é professora do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Dentre seus interesses de pesquisa, atua em antropologia do corpo e da saúde, gênero e direitos reprodutivos, aborto e violência.

SILVIA GUIMARÃES

Possui mestrado e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília. Atualmente é professora de Antropologia na UnB e no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde e no Mestrado em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Tradicionais. Realiza pesquisa nas áreas de etnologia indígena, saúde indígena e saúde popular.

STHEFÂNYA SHABRYNY CAVALCANTE REGIS MOREIRA

É enfermeira pela Universidade de Brasília. Tem especialização em Enfermagem em Cuidado Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo. Atuou em projetos de pesquisa com abordagens na promoção e educação em saúde; práticas inovadoras de ensino (simulação realística); saúde mental; bioética, direitos humanos e gênero.

DAN | PPGAS | UnB

DAN | PPGAS | U F R N