

Corpo e Saúde na mira da Antropologia: ontologias, práticas, traduções

ORG. CECILIA ANNE MCCALLUM E FABÍOLA ROHDEN

ABA PUBLICAÇÕES



Corpo e Saúde na mira da
Antropologia: ontologias,
práticas, traduções

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo César Miguez de Oliveira

Assessor do Reitor

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Charbel Niño El Hani
Cleise Furtado Mendes
Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
José Teixeira Cavalcante Filho
Maria Vidal de Negreiros Camargo

ABA PUBLICAÇÕES

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA

Presidente

Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UFRJ)

Vice-Presidente

Jane Felipe Beltrão (UFPA)

Conselho Editorial

Alfredo Wagner B. de Almeida (UFAM)
Antonio Augusto Arantes (UNICAMP)
Bela Feldman-Bianco (UNICAMP)
Carmen Rial (UFSC)
Cristiana Bastos (ICS/Universidade de Lisboa)
Cynthia Sarti (UNIFESP)
Gilberto Velho (UFRJ) - in memoriam
Gilton Mendes (UFAM)
João Pacheco de Oliveira (Museu Nacional/
UFRJ)
Julie Cavignac (UFRN)
Laura Graziela Gomes (UFF)
Lílian Schwarcz (USP)
Luiz Fernando Dias Duarte (UFRJ)
Ruben Oliven (UFRGS)
Wilson Trajano (UNB)

Apoio



Corpo e Saúde na mira da Antropologia: ontologias, práticas, traduções

ORG. CECILIA ANNE MCCALLUM e FABÍOLA ROHDEN

Salvador
EDUFBA, ABA publicações
2015

2015, Autores.

Direitos dessa edição cedidos à EDUFBA.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Projeto Gráfico Luciana Facchini

Revisão e Normalização Bárbara Vanesse Valverde e Maria Raquel Gomes Fernandes

Editoração Aléxia Barbosa Corujas

Sistema de Bibliotecas da UFBA

Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções/ org.

Cecilia Anne McCallum e Fabíola Rohden.- Salvador EDUFBA : ABA, 2015.

347 p.

ISBN 978-85-232-1470-8

1. Antropologia social. 2. Corpo e mente - Saúde. 3. Biomedicina 4. Saúde - Aspectos antropológicos. 5. Ontologia. I. McCallum, Cecilia Anne. II. Rohden, Fabíola.

CDD - 301

Editora filiada a



EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina,
40170-115, Salvador-BA, Brasil Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Sumário

- 7** Introdução — Hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil

Cecilia McCallum, Fabíola Rohden e Roberta Grudzinski

PARTE 1

Nas margens da biomedicina

- 27** Da sessão ao santo daime: iniciação espiritual e cura numa comunidade amazônica

Marina Guimarães Vieira

- 45** A “dona do corpo” e o “resguardo quebrado”: a etiologia tupinambá numa perspectiva etnográfica

Cecilia McCallum, Ulla Macedo, Greice Menezes e Luisa Elvira Belaunde

- 67** O culto em ação: percepções sobre curas e doenças nos cultos das Assembleias de Deus

Marcos Vinício de Santana Pereira

- 85** A roda de crack: cultura material, corporalidade, padrões e rituais de uso na região central da cidade de São Paulo

Ygor Diego Delgado Alves

PARTE 2

Do centro: traduções a partir da medicina hegemônica

- 111** Nem lá, nem aqui: as ambiguidades da morte encefálica

Juliana Lopes de Macedo e Daniela Riva Knauth

- 131** Articulando Ciência e Estado: “álcool” e “drogas” no convênio entre um coletivo de pesquisadores e um departamento de trânsito

Eduardo Zanella

- 155** Fabricando um corpo sem limites: a busca pelo sucesso profissional e o consumo de metilfenidato

Eleonora Bachi Coelho e Ondina Fachel Leal

- 177** Entre o “desengano médico” e “a última esperança”: notas etnográficas sobre a busca de tratamentos com células tronco na China

Núbia Bento Rodrigues

PARTE 3

Para além: resistências e ambiguidades face à medicina hegemônica

- 211** Poliqueixosos, seus meridianos e seus cérebros: controvérsias sobre o emprego de procedimentos terapêuticos para o tratamento da dor em um ambulatório de Porto Alegre
Rodrigo Toniol
- 233** “Quem não quer viver até os 100?”: uma análise antropológica da participação de idosos em ações de saúde em um Posto de Saúde da Família em Porto Alegre
Monalisa Dias de Siqueira e Ceres Victora
- 255** Saúde do idoso: práticas de cuidado e sentimento do corpo
Carolina Santana e Fátima Tavares
- 277** Saúde e biossociabilidade: pensando maneiras de associativismo entre um grupo de pacientes com fibrose cística
Roberta Reis Grudzinski e Fabíola Rohden
- 301** O que pode uma ontologia demente: vitalizando materiais produtores de humanos em uma etnografia sobre a doença de Alzheimer
Luciano von der Goltz Vianna
- 323** Refazendo “naturezas”: corpo e saúde numa agenda para discussão
Fátima Tavares e Francesca Bassi
- 341** Sobre os autores

INTRODUÇÃO

Hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil

Cecilia McCallum, Fabíola Rohden e Roberta Grudzinski

Esse livro explora as múltiplas relações com os centros de poder e saber sobre o corpo e os processos de saúde e doença construídos e vividos por sujeitos, comunidades e instituições no Brasil. Tem origem em um projeto de colaboração entre o Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia e o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).¹ Esta publicação pode ser inserida na história das intensas e frutíferas parcerias

1 Trata-se do projeto “Transformações Globais e Cidades: Direitos, redes de cuidados, patrimônio, memória e diversidade cultural. Diálogos Nordeste/Sul do Brasil.” e foi aprovado na chamada pública do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) /Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) /Ministério da Educação (MEC) /Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Ação Transversal nº06/2011 — Casadinho/Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (Procad).

entre as duas instituições no que se refere à produção de análises sobre corpo e saúde no cenário brasileiro.²

Como ocorre em outros contextos, a biomedicina exerce um papel central no cenário brasileiro, pois na sua articulação ao poder do estado, na sua própria agência constitutiva desse poder, derivada em boa parte da aceitação ampla da sua eficácia e legitimidade na população brasileira, os modos biomédicos de apreender, conceber e intervir nos corpos têm *status* hegemônico. No entanto, conforme ilustram muitos dos estudos apresentados nesse livro, esta predominância não se deve à operação de normas prescritivas nem à determinação da prática através da aplicação de modelos conceituais. A lógica prática da biomedicina age mais como uma âncora poderosa, ou melhor, uma série de âncoras, um controle disperso sobre os modos de vivenciar e de agir sobre os processos corporais. Suas formas e modos de operação compõem um ponto de referência que exerce uma força de gravidade constante, tornando-se o pivô no centro de um turbilhão de práticas e lógicas outras, paralelas, alternativas (e assim por diante) que são fincadas socialmente e produzidas a partir de distintas histórias e culturas. Na prática, a hegemonia biomédica emerge num cenário de constante atrito e contestação, onde a presença e a continuada reemergência e reinvenção desta diversidade pode levar à constituição das formas que a antropologia tem rubricado “interculturais” ou “intermédicas” (conceitos que têm elencado críticos)³ e que permitam a presença de tradições paralelas no pensar e tratar do corpo e dos seus males e processos fisiológicos e mentais.

Lançando mão da mira antropológica, o presente livro explora esta diversidade no contexto do Brasil, a partir da perspectiva

2 O projeto incluiu a realização do Simpósio Corpo e Saúde numa perspectiva Antropológica e Interdisciplinar, realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA) nos dias 10 e 12 de dezembro de 2013, o que permitiu a apresentação e discussão de vários dos trabalhos aqui publicados.

3 Ver McCallum (2014).

dada por estudos de caso, análise etnográfica e também de pesquisa realizada na base de outras metodologias, como aquela emergente da antropologia simétrica de Bruno Latour, ou da análise crítica de discursos originada nos estudos culturais. Os capítulos expressam a pluralidade da antropologia do corpo e da saúde que se faz hoje no Brasil e que tem diferentes interfaces: ciência, religião, Estado, bio-sociabilidades, conhecimentos tradicionais etc. Todos tratam de formas de conhecimento sobre/a partir do corpo que produzem diferentes modos de intervir, a partir de distintos recursos tecnológicos e morais, associados à produção de normas e subjetividades.⁴

Nesse sentido, podemos sugerir alguns eixos centrais que recobrem, de diferentes formas, os vários trabalhos aqui apresentados. O primeiro deles se refere a como os distintos casos etnográficos abordados retratam a questão da produção de diversas formas de conhecimento relacionadas ao corpo e à saúde (biomedicina, saberes tradicionais, saberes de usuários, saberes religiosos, entre outros). O segundo diz respeito à relação entre estas formas de conhecimento e diferentes propostas de intervenção (estabelecimento de programas de saúde, intervenção médica, uso de diferentes tecnologias, objetos, substâncias, drogas, procedimentos em associações de pacientes etc.). O terceiro realça as associações entre diversas formas de conhecimento e intervenções e a dimensão da produção de normas e moralidades assim como de subjetividades e sociabilidades.

Organizamos a sequência dos capítulos do livro pensando que a apresentação dos processos e estruturas de poder que envolvem e regem corpos e intervenções corporais devam ser pensadas com a lente analítica oferecida pela noção de biopoder. (FOUCAULT, 1977) A atuação do Estado e o próprio alcance dos discursos constitutivos do saber não ocorrem de uma forma uniforme: alguns grupos e setores da população se mantêm bastante afastados, mas

4 Para um aprofundamento das discussões e casos etnográficos envolvendo as implicações da ciência no cotidiano, ver Fonseca, Rohden e Machado (2012).

isso não significa que estão fora do circuito estatal ou da circulação de discursos e modos de conhecimento no âmbito nacional. Desse modo, demos destaque na primeira parte para os estudos que investigam a produção de formas marginalizadas de conhecimento e ação, ou seja, aquelas que foram forjadas e são mantidas fora dos circuitos centrais e imediatos da constituição do saber e da prática biomédica. A “Parte 1 Nas margens da biomedicina” trata de distintos tipos de relação com a medicina hegemônica e com o Estado, levando em consideração que um dos modos de se forjar do Estado é a partir de um investimento no conhecimento biomédico e sua criação e aplicação. Sugerimos que os trabalhos apresentados na Parte 1 podem ser interpretados como sustentando a tese de que a marginalização destas outras formas, supostamente alternativas ou contra-hegemônicas, emerge relacionalmente, pautando-se em processos de tradução, transdução, equivocação – até de recusa de diálogo – mas nunca isoladamente, fora do fluxo dos processos históricos.⁵

Escolher os textos que tratam de saberes e práticas sobre corpo e saúde nas margens da medicina hegemônica como capítulos introdutórios é de certa forma um exercício em antropologia simétrica. Os trabalhos nessa parte versam sobre temas e lugares variados: cura e iniciação espiritual numa comunidade amazônica, cura na Igreja Assembleia de Deus em Salvador, etiologia e ontologia no processo gravídico-puerperal tupinambá, e recursos envolvidos no uso do crack em São Paulo. São saberes, terapias e práticas marginais ou externas, praticados por ou associados a grupos e povos que vivem afastados dos grandes centros urbanos, nas suas periferias e que são “excluídos” dos centros de poder econômico e social, desprovidos do capital simbólico necessário para poder ter acesso à produção dos mundos da medicina hegemônica e os outros campos em que o saber legítimo é constituído, em relação direta com as estruturas

5 Sobre tradução, transdução e equivocação, ver Kelly (2011), McCallum (2014), Viveiros de Castro (2002, 2004).

e hierarquias da nação. São agentes e práticas, em outras palavras, que têm fraca inserção no Estado e nos seus aparelhos de governança e regimes de saber e poder.

Entendemos que o Brasil não deva ser pensado como uma totalidade, mas é evidente que o Estado, nas mais diversas instâncias, impõe sobre a população processos de estruturação pautados em e constitutivos de regimes de conhecimento e de que esses agem para disciplinar e organizar os seus cidadãos de uma forma mais ou menos uniforme. As agências e agentes do Estado envolvem os sujeitos (“cidadãos”) e grupos populacionais diversos (“povos tradicionais”, “usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por exemplo) em relações de poder. Com isso em mente, os capítulos da “Parte 2 – No centro: traduções a partir da medicina hegemônica” lançam um olhar detalhado sobre as instâncias concretas investigadas por nossos autores. Tratam da própria operação da biomedicina, e as diferentes formas de vivenciar e ressignificar as formas de saber que esta legitima como pontos de referência epistemológicos. Trata-se, sobretudo, de casos que põem em cena tensões contidas nas produções e reapropriações de novos recursos sobre o cérebro e a morte encefálica, sobre o uso de células tronco para fins terapêuticos, sobre as tecnologias de apreensão do uso do álcool e sobre o uso de medicamentos como meio de melhorar o desempenho.

Para finalizar, a “Parte 3 – Resistências e ambiguidades face à medicina hegemônica” ilustra algumas rachaduras e paralisações no processo cotidiano de assegurar a hegemonia do poder estatal através do saber médico oficial e das práticas promulgadas em nome da biomedicina. Os capítulos dessa seção tratam de diversas formas em que a hegemonia é ambígua, conflituosa, ou até simplesmente desafiada e ignorada. Podemos perceber isso em exemplos da relação de idosos com práticas e instituições de saúde, no desafio da compreensão e diálogo com os portadores do mal de Alzheimer, nos limites que emperram a tentativa de uma associação de pacientes de produzir autonomia e ainda nas tensões explicitadas no

emprego da acupuntura em um posto de saúde que põem em discussão o privilégio da lógica biomédica e científica mesmo quando se trata da promoção de um sistema terapêutico alternativo.

Na sequência apresentamos em maiores detalhes cada um dos artigos que compõem esta coletânea. O capítulo que abre a Parte 1, de Marina Vieira, trata dos resultados de uma pesquisa realizada entre os anos de 2008 e 2010 na comunidade São José, localizada na reserva extrativista Arapixi, no sul do estado do Amazonas, município de Boca do Acre. A etnografia detalha processos de iniciação espiritual e de cura que, tanto no contexto de rituais denominados “sessões”, como no do Santo Daime, colocam em relação pessoas humanas e não humanas. O texto contribui para a reflexão sobre as noções de corporalidade, perspectiva e natureza, através da análise da construção do corpo e da pessoa daimista como processo de cura, purificação e iluminação. A comunidade de São José exerce um grau de autonomia no cuidado de aflições e estados corporais, constituindo os processos de saúde e doença como integrados num sociocosmos e sujeitos às relações com entidades humanas e não humanas. Embora nesse texto Vieira não trate das relações dessas práticas de cura com a biomedicina, podemos refletir sobre sua presença neste contexto, a começar pelo fato de que a imagem de um médico faz parte de uma das mirações míticas descritas. No entanto, muitos estados e processos corporais e psíquicos são tratados sem referência ao mundo biomédico, como Vieira deixa claro. Essa etnografia desconstrói de modo impactante a oposição conceitual entre ontologias indígenas e ontologias populares brasileiras, por mostrar de forma contundente que esses “caboclos” ribeirinhos têm uma visão de mundo perspectivista nos moldes daqueles descritos por muitos povos indígenas amazônicos.

Cecilia McCallum, Ulla Macedo, Greice Menezes e Luisa Elvira Belaunde escrevem sobre um contexto marcado pela “intermedicalidade”, ou seja, no qual as pessoas procuram os serviços biomédicos, mas de modo paralelo ou complementar resguardam um

papel central para práticas pautadas em outro sistema ontológico. O capítulo trata de pesquisa sobre as perspectivas indígenas sobre saúde reprodutiva entre os tupinambá. O estudo, que incluiu uma investigação sobre mortalidade materna, permitiu um aprofundamento no universo conceitual desse povo do baixo sul da Bahia. As autoras discutem acerca de duas noções centrais ao complexo de práticas e conceitos acionados durante o processo de gravidez, parto e puerpério, que balizam uma noção de “corpo feminino” e norteiam o cuidado da saúde das mulheres ao longo de suas vidas: a “dona do corpo” e a necessidade de “guardar resguardo”. Ao adoecer ou engravidar, essas mulheres se encontram na interface entre duas tradições de conceitualização e intervenção no corpo; aquela gerada internamente ao seu mundo vivido cotidiano; e a tradição hegemônica no Brasil, que é acionada nas instituições biomédicas pelos profissionais de saúde. Segundo as mulheres tupinambá, não existe uma contradição entre essas duas formas de saberes e práticas, e elas apelam a ambas de maneira flexível e instrumental para resolver e compreender situações concretas de saúde que vivenciam ou que observam acontecer com pessoas próximas. Dessa maneira, as autoras entendem que os conceitos e práticas de ambas as tradições (tupinambá e biomédica) são ressignificadas e incorporadas na experiência vivida de cada pessoa, diminuindo ou relativizando o que, à primeira vista, seria uma distinção ontológica nítida nas apreensões sobre corpo, pessoa e saúde entre as diferentes gerações.

O próximo capítulo, de Marcos Vinícios de Santana Pereira, tem o objetivo de compreender as relações de gênero que emergem das práticas e rituais empreendidos pelos membros de templos pentecostais da Assembleia de Deus em Salvador, Bahia e Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os cultos são oportunidades de cura, oferecendo aos fiéis uma alternativa fora dos espaços biomédicos. Pereira reflete sobre o esforço e a mobilização de mulheres na constituição de serviços religiosos no interior dos templos, os quais conferem visibilidade e empoderamento às mulheres. O texto é resultado

de observações de cultos de ministração feminina dirigidos por missionárias e profetisas. Nesse contexto, considera as percepções que emergem sobre doença e cura no culto em ação. O autor percebe que normas e resoluções oficiais da denominação religiosa podem não ser rigorosamente seguidas (algumas até mesmo desconhecidas pelos fiéis) apresentando um modelo próprio, instituído pela membresia e frequentadores da igreja local. Os cultos ministrados por missionárias e profetisas se caracterizam por um padrão eclesialístico que difere do modelo inscrito nas resoluções da própria denominação. O autor mostra também como o culto vai revelar um conjunto de movimentos, discursos, gestos e sinais corporais que são acionados para expelir uma doença, um demônio, ministrar uma bênção ou dons espirituais. Dessa maneira, chega às conclusões de que a cura não apenas resolve os problemas de ordem física, mas reinsere o crente no ideal de vida cristã proposto pela instituição; e que o corpo, para a mulher pentecostal, é o *habitat* do Espírito Santo, e é na comunicação com essa deidade — ouvindo-a, conversando-a ou, simplesmente, sentindo-a — que as mulheres conquistam o seu espaço na denominação religiosa. Assim, o capítulo também pode ser lido como uma importante lembrança do papel das diferenças de gênero nos processos de adoecer, assim como uma reflexão sobre formas alternativas de diagnóstico e cura.

Ainda como exemplo de práticas envolvendo os usos do corpo, que vão fortemente de encontro às orientações biomédicas sobre saúde, podemos citar o estudo de Ygor Diego Delgado Alves que aponta para a materialidade das drogas ditas “recreacionais” e sua imbricação com a constituição de sociabilidades contra-hegemônicas. O autor realizou um estudo etnográfico entre usuários de crack da região central da cidade de São Paulo. Seu texto descreve como o uso desta droga proporcionou a criação de uma parafernália composta por ferramentas e utensílios os mais variados. Alves tentou acompanhar as práticas da qual fazem parte, ao serem trocados, compartilhados, vendidos, desmontados

e refeitos. Percebe-se, dessa maneira, que o cachimbo, ou Boris, atua como um mediador entre os usuários e a substância. O autor procura, assim, apresentar a rede sociotécnica do uso do crack, acompanhando tais objetos através das práticas produzidas nas interações dos usuários. Dessa forma, o trabalho orienta-se por um princípio de simetria entre os elementos humanos e não humanos na produção desse coletivo heterogêneo, onde o material produz o social e vice-versa.

Na Parte 2 concentramos os capítulos que documentam algumas entre as múltiplas formas que o saber biomédico e as práticas atreladas tomam no Brasil. No capítulo 5, Juliana Macedo e Daniela Knauth escrevem sobre a geração de significados dentro do campo do cuidado médico e os problemas epistemológicos e ontológicos internos às instituições. Discutem os significados da morte por meio de entrevistas com médicos que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) – responsáveis pelo diagnóstico da “morte encefálica” – e médicos que realizavam transplantes de órgãos. Ao explorar o tema, os discursos revelam que o conceito de morte encefálica é ambíguo, flexível e liminar. Alguns dos informantes, inclusive, contestaram a morte encefálica enquanto critério de morte, em contraste com a morte dita natural. Para os médicos entrevistados, a legitimidade do conceito de morte encefálica está intimamente associada à disponibilidade de tecnologia para que as cirurgias de transplantes possam ser rotinizadas e à demanda por doação de órgãos. As autoras notam que, no intuito de salvar vidas, a morte encefálica deve ser adotada pela classe médica. Contudo, como é um critério considerado ambíguo para a definição da morte, e como nasce com o interesse em obter órgãos, cria-se a dúvida se essa é a morte verdadeira ou apenas um meio para chegar a um determinado fim.

Eduardo Zanella escreve sobre a relação constitutiva entre pesquisas sobre consumo de álcool realizadas por psiquiatras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através de um convênio com o Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul,

e a criação de normas para o consumo de substâncias alcoólicas. Assim, a descrição trata dos modos como o consumo é concebido e feito objeto de conhecimento e intervenção no domínio desta articulação entre ciência e Estado. Partindo do princípio de que a produção de conhecimentos sobre drogas implica também a criação de determinadas regras para seu consumo, Zanella explora esse convênio na intenção de compreender quais as permissões e interdições ao uso do álcool e drogas que estão sendo geradas por meio de seu estabelecimento.

O capítulo de Eleonora Bachi Coelho e Ondina Fachel Leal tem como tema o consumo e os sentidos atribuídos à Ritalina, o cloridrato de metilfenidato, entre jovens que participam de exames e concursos na cidade de Porto Alegre. Explora as interfaces dos sentidos atribuídos pelos usuários desta droga com aqueles contidos nos discursos médicos e da indústria farmacêutica, no intuito de compreender o apelo desse fármaco entre camadas médias urbanas, onde a biomedicina ocupa lugar central nos discursos sob os cuidados da saúde e da doença. Dessa forma, o fármaco é tomado como um fio condutor para acessar discursos em torno de seu uso e os significados sociais nele implicados. As autoras perceberam que o uso da Ritalina está diretamente associado à intensidade da exigência das tarefas a serem executadas pelos usuários. Contudo, o consumo desse fármaco contrapõe-se ao modelo ideal de saúde e qualidade de vida almejada pelos entrevistados. As autoras argumentam que este medicamento põe em evidência uma noção de indivíduo sobre o qual se instaura uma exigência social de superação de limites, sucesso, e excelência de *performance*.

A busca pela saúde se torna uma rota de desespero nos casos discutidos por Nubia Rodrigues. A autora mostra como o ponto de referência biomédico, sempre móvel e relativo, pode mover-se para fora do país no caso de insucesso local na busca de uma intervenção eficaz. Ela descreve como a partir do diagnóstico de uma doença aguda, crônica ou degenerativa, famílias de crianças doentes

agenciam maneiras para arrecadar dinheiro e custear tratamentos experimentais com células-tronco no exterior, principalmente na China. A esperança no tratamento com células-tronco tem levado os pais destas crianças a afirmar que seus filhos não podem andar ou falar “ainda”. Para explorar os diversos sentidos da categoria “esperança”, Rodrigues utilizou o Google como ferramenta de busca para as expressões “células-tronco”, “terapia celular”, e “medicina regenerativa”. Dessa forma, a autora acompanhou as atividades de famílias de diversas partes do Brasil que se organizam através de *blogs* de troca de informações e ajuda mútua, em busca de tratamento para minimizar sequelas de paralisia cerebral e de doenças degenerativas. Notou-se que o ativismo familiar, ou a família em campanha – denominação utilizada pelas próprias pessoas que escrevem os *blogs* – pode ser entendido a partir de um discurso que ressalta as promessas da Medicina genética.

Na Parte 3 – Para além: Resistências e ambiguidades face à medicina hegemônica – apresentamos os capítulos que exploram divergentes maneiras de contestar o poder e as imposições da biomedicina e seus praticantes, ao mesmo tempo em que os sujeitos procuram acessar os serviços que operam sob seu signo.

No primeiro artigo desta parte, temos o trabalho de Rodrigo Toniol acerca do uso de terapias com agulhas em um posto de saúde da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O autor parte do contexto mais amplo de tensões presentes nas práticas médicas e políticas de saúde no Brasil a respeito da centralidade da biomedicina e da incorporação de modelos considerados “alternativos”. Descreve como a medicina chinesa representa uma das alternativas à biomedicina com fraca inserção no Brasil, onde o Estado regula rigorosamente o acesso aos medicamentos e tratamentos prescritos nesta tradição. No entanto, em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) abriu espaço para terapias “alternativas” ou “complementares” no âmbito do SUS, tais como acupuntura, fitoterapia, homeopatia, termalismo, medicina

antroposófica, reiki, florais, cromoterapias, entre outras. No caso específico do seu estudo realizado no Ambulatório da Dor de um posto de saúde, Toniol mostra que são acolhidos e encaminhados para o tratamento com acupuntura, sobretudo pacientes descritos como “poliquexosos”, que costumam acusar dores por todo o corpo, e não possuem um diagnóstico definido. Contudo, embora a terapêutica com o uso de agulhas e do agulhamento como ferramenta e técnica seja comum entre os médicos do posto, há profundas divergências no que se refere ao modelo terapêutico mais eficaz para tratar a dor. Um grupo volta-se aos preceitos da medicina tradicional chinesa enquanto o outro utiliza o agulhamento como técnica médica de modulação do sistema nervoso periférico que se baseia na racionalidade científica. Desse modo, torna-se evidente que mesmo quando se concebe oficialmente a adoção de uma prática médica alternativa, isso pode se dar em meio a processos de forte tensão e mesmo de retradução em prol do predomínio do sistema biomédico oficial.

Se por um lado, as tensões envolvendo o predomínio da biomedicina podem estar presentes nas disputas entre profissionais e modelos de tratamento dentro de um posto de saúde, por outro, podem se refletir na própria interação entre usuários e profissionais de saúde. Nesta direção, temos o trabalho de Monalisa Siqueira e Ceres Victora em um Posto de Saúde da Família em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que foca nas práticas direcionadas aos participantes de um grupo de idosos. O estudo etnográfico foi realizado junto a este grupo em 2010, quando foi distribuída uma cartilha didático-pedagógica cujo objetivo era orientar e auxiliar os profissionais de saúde para o trabalho de prevenção de riscos e mudanças de hábitos. A cartilha foi apresentada aos idosos pelos profissionais de saúde como um “convite para reflexão”, um empreendimento que foi finalmente descartado pela equipe do posto. O estudo revelou diferenças entre a compreensão da equipe do Posto e os grupos de idosos no que se refere aos tópicos que deveriam ser abordados durante os encontros. As perspectivas dos idosos e dos profissionais de

saúde se encontravam e também se tencionavam. O ponto em comum consistia em uma história compartilhada sobre o passado da comunidade, onde a noção de “vizinhança” de outrora permanecia nas lembranças do trabalho coletivo para a construção do posto de saúde, e nas referências constantes à família. Contudo, as autoras notam que a conjunção de interesses dos idosos e dos profissionais parece bem mais enfraquecida quando se leva em consideração a busca, por parte dos profissionais de saúde, em promover mudanças de hábitos e de comportamentos dos idosos em relação à chamada “qualidade de vida” pelo maior tempo e com menores custos financeiros para o sistema público de saúde.

Carolina Santana e Fátima Tavares também investigaram a relação de idosos com serviços especializados em saúde e suas práticas de cuidado em Salvador, Bahia. As autoras destacam conexões e contradições entre o saber médico e o sentimento relativo ao corpo dos seus interlocutores, os quais relataram variações significativas no seu estado de saúde e nas suas relações com os serviços. O conhecimento dos médicos era percebido pelos idosos de modo ambíguo e diagnósticos e procedimentos médicos foram contestados em algumas situações, especialmente quando contrariavam o sentimento íntimo e particular que cada um tinha sobre sua própria condição de saúde. Contudo, a hesitação sobre a eficácia do conhecimento médico na solução de problemas de saúde era revelada, quase sempre, de modo confessional, indicando o reconhecimento de uma posição de “desobediência” ou “rebeldia” assumida pelos idosos diante do saber oficial. Em muitos casos, ressignificações operadas em suas práticas sugerem que não se trata de lidar passivamente com prescrições médicas, mas justamente o oposto: como mediadores, os idosos vivenciam situações e contextos diversos onde práticas e sujeitos emergem, apontando agenciamentos variados nos encontros terapêuticos com médicos, enfermeiros e outros cuidadores.

As questões envolvendo formas de sociabilidade a partir do corpo e das experiências de saúde e doença, em constante tensão com

as normas estabelecidas pela biomedicina podem estar presentes também fora das unidades de saúde ou espaços oficiais de cuidados médicos. É o que tem aparecido nos estudos realizados a partir de associações de pacientes, familiares e cuidadores, retratados nos dois últimos capítulos deste livro. Roberta Grudzinski e Fabíola Rohden enfocam este campo através da realização de um estudo etnográfico em uma associação de pacientes com fibrose cística no estado do Rio de Janeiro. Neste caso, além das questões relativas às concepções e práticas biomédicas, trata-se de chamar a atenção também para as tensões que envolvem a busca pelo acesso aos tratamentos. Muitas vezes, este acesso só é viabilizado por meio da atuação das associações da sociedade civil que representariam, a princípio, a conformação e implementação de um modelo baseado na autonomia e direitos individuais. A literatura internacional tem evidenciado o papel das comunidades biossociais em incentivar a autonomia de seus membros no que concerne à formulação de demandas e busca por tratamento. Mas, no caso estudado aqui, noções tais como “autogoverno” e “responsabilidade sobre o próprio destino” são concepções de alcance limitado para a análise. Este capítulo mostra a variação nas relações entre Estado e grupos específicos da população brasileira, deixando claro a complexidade presente nesse campo. Em algumas situações os sujeitos se posicionam para contestar o saber e as práticas veiculados pelos representantes do Estado e/ou a medicina hegemônica; em outros, muito semelhantes, atuam como mediadores num clima de apoio e cooperação. Dessa forma, o trabalho contribui para discutir os limites dos conceitos de biossociabilidade e de cidadania biológica/genética para analisar práticas locais em torno do ativismo em saúde e cidadania.

Se os artigos acima já apontam para as tensões implicadas nas formas de sociabilidades entre profissionais, “pacientes” ou familiares face à biomedicina em diferentes contextos, o trabalho de Luciano Vianna leva isso a um outro extremo. A partir do problema que se configura em virtude de estados ou condições como a doença

de Alzheimer, o autor discute os próprios limites da etnografia e da antropologia. A doença de Alzheimer tem o efeito fenomenológico de debilitar e progressivamente apagar a existência mental dos sujeitos, transformando-os em seres dotados de perspectivas distintas, que podem aparecer como sinais de outras ontologias. Nesse sentido, problematiza a própria natureza do conceito de “humano” que temos construído e pergunta-se: “se este conceito ancora-se na noção de consciência (ou um estado de autopercepção de suas relações consigo e com o mundo), uma pessoa que não estabelece mais relações facilmente cognoscíveis entre humanos (homologando aqui a suposição de que existiria uma suposta divisão ontológica “nós” lúcidos, ou conscientes, e os “outros” inconscientes ou dementes) estaria participando de quais outras relações ou relacionalidades?” Tomando isso em consideração, discute as possibilidades da antropologia poder lidar com uma alteridade que parece tão radical.

Os desafios implicados na prática de uma antropologia do corpo e da saúde contemporaneamente constituem o tema de discussão apresentado no artigo elaborado por Fátima Tavares e Francesca Bassi que incluímos como capítulo final desta coletânea. Por meio da mobilização de distintos conceitos e abordagens metodológicas e analíticas apresentam um leque importante dos principais debates teóricos presentes no campo. Na sua “agenda de trabalho” exploram a problemática das dicotomias e distinções analíticas mobilizadas por analistas na procura de um caminho de compreensão dos fenômenos estudados, chamando atenção para as dificuldades inerentes à tarefa. Identificam a necessidade de se guardar diferenças sem essencializar dicotomias ao se debruçar sobre as transformações que são mobilizadas na pluralidade de contextos de cura sejam médicos, rituais, ou outros. O texto lembra ao leitor da necessidade de desconstruir a noção de “crença” e de questionar a epistemologia herdada do Iluminismo que entende os processos culturais como modos de representação de realidades dadas e universais e que marcou a visão antropológica durante a maior parte do século XX. Tavares

e Bassi apresentam uma revisão das soluções aos dilemas epistemológicos resultantes da recusa à herança iluminista propostas por Bruno Latour, Anne-Marie Mol e Carlos Severi, entre outros autores. Tratam da não determinação por aspectos materiais ou contextuais dos processos de saúde e doença, das múltiplas ontologias das doenças e dos modos distintos de atuação de eficácias na cura, sejam biomédicos, sejam outros. As autoras chamam a nossa atenção para “o desafio antropológico de evocar outras imaginações acerca das relações entre corpo, terapêutica e cura, bem como dos regimes de conhecimento que são mobilizados nessas transformações”. Os trabalhos substantivos apresentados nesse volume mostram com clareza que esses regimes bebem de distintas fontes ontológicas e que são capazes com frequência de se reerguerem em cada situação ou evento em que são colocadas em ação e testadas na prática.

Esperamos que, por meio da apresentação dos artigos integrantes do livro, tenha ficado evidente a pluralidade dos estudos sobre corpo e saúde realizados hoje no Brasil. Nesta apresentação e composição da estrutura da publicação, optamos por uma organização que tomou como ponto de partida a relação com a biomedicina – que continua sendo, de alguma maneira, central para a produção de conhecimentos e intervenções relativos ao corpo, mesmo que a partir de sistemas “alternativos”. No entanto, com o intuito de ressaltar ainda mais a diversidade das leituras possíveis, cabe indicar outras possibilidades de leituras transversais, como a que poderia ser feita considerando as dimensões das relações de gênero ou geração.

Os artigos também podem ser lidos em função do foco na formação de subjetividades e sociabilidades variadas, como dos idosos inseridos em unidades de saúde, doentes de Alzheimer, familiares de portadores de doenças raras, usuários de álcool, crack e Ritalina, cientistas, médicos e outros profissionais de saúde, integrantes de comunidades religiosas. De forma análoga, os trabalhos podem ser articulados a partir da comparação entre a atuação de diferentes instituições que ajudam a conformar os saberes e intervenções

possíveis. Nesse caso, é evidente o destaque que precisa ser dado a várias dimensões do Estado brasileiro, mas, sobretudo, torna-se relevante perceber as especificidades localizadas de entidades como ambulatorios, programas de saúde, hospitais, núcleos de pesquisa e associações de pacientes. É importante destacar também a presença das instituições religiosas e de sistemas terapêuticos considerados alternativos à biomedicina. Há ainda a possibilidade de pensar os trabalhos em decorrência da relevância dada a agentes não humanos como substâncias e instrumentos. As pesquisas etnográficas permitiram revelar a centralidade de artefatos como agulhas, etilômetros, cachimbos, álcool, crack, chá do santo daime, Ritalina, células-tronco, neurônios. Mostraram que a atenção a estes objetos se torna imprescindível para analisar as formas de conhecimento e intervenções investigadas.

A julgar pelos empreendimentos retratados neste livro, a complexidade dos fenômenos tem exigido esforços no sentido de ampliar os limites da antropologia. Novos recortes, procedimentos metodológicos e referenciais teóricos têm sido necessários para que a pesquisa antropológica exerça sua vocação de entendimento da diversidade. Esperamos que, de alguma forma, uma atenção privilegiada a diferentes dimensões da realidade contribua para fazer emergir compreensões mais abertas e dinâmicas acerca dos processos envolvendo corpo e saúde.

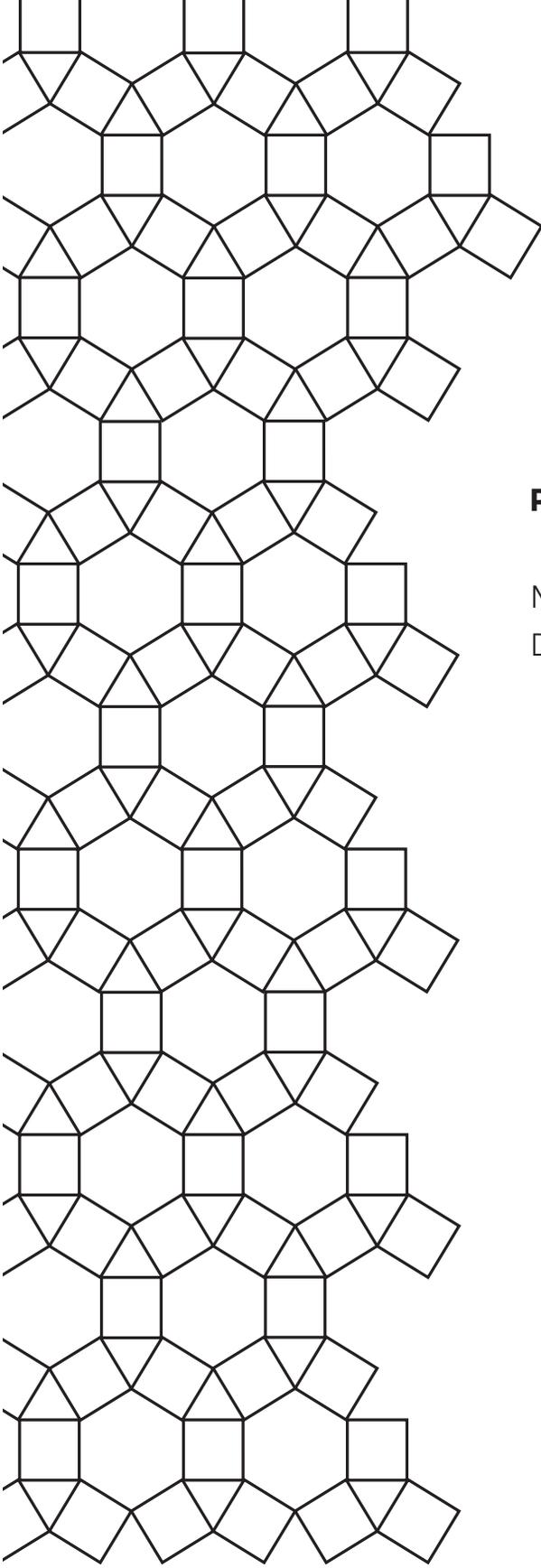
REFERÊNCIAS

- FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. S. *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: volume 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- KELLY, J. A. *State healthcare and Yanomami transformations: a symmetrical ethnography*. Tucson: University of Arizona Press, 2011.

McCALLUM, C. Cashinahua perspectives on functional anatomy: ontology, ontogenesis, and biomedical education in Amazonia. *American Ethnologist*, Washington, v. 41, n. 3, p. 504-517, Aug. 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-22, 2004.



PARTE 1

NAS MARGENS
DA BIOMEDICINA

Da sessão ao santo daime: iniciação espiritual e cura numa comunidade amazônica¹

Marina Guimarães Vieira

INTRODUÇÃO

O objetivo deste ensaio é expor alguns dados etnográficos relacionados às curas espirituais realizadas durante rituais denominados “sessões”, bem como em rituais do santo daime, numa pequena comunidade ribeirinha da Amazônia. O material etnográfico apresentado deverá contribuir para a reflexão sobre as noções de corporalidade, perspectiva e natureza, através da análise da construção do corpo e da pessoa daimista como processos de cura, purificação e iluminação. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2008 e 2010, na comunidade São José, localizada na reserva extrativista Arapixi, no sul do estado do Amazonas, município de Boca do Acre.²

1 Este artigo é uma versão levemente modificada do trabalho apresentado na IX Reunião de Antropologia do Mercosul, realizada em 2011, em Curitiba.

2 Para a realização da pesquisa, contei com a bolsa de doutorado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e com as verbas de auxílio-pesquisa concedidas pelo Programa de Pós-Graduação em

A comunidade São José é composta por oito casas habitadas por famílias nucleares, uma escola (que funciona na casa do professor) e uma rústica igreja do santo daime, onde são realizados os trabalhos espirituais. Dentre estes há os hinários, que são trabalhos de caráter festivo realizados nos dias de determinados santos, no aniversário de alguém importante entre os daimistas ou em datas especiais para os católicos, como o *Corpus Christi* ou o Natal. Há também os trabalhos de São Miguel, quando os “caboclos” e “encantados” podem vir auxiliar os daimistas na cura, e os trabalhos de concentração, quando é realizada uma espécie de meditação silenciosa com aproximadamente uma hora de duração. Todos esses trabalhos espirituais consistem no consumo do chá do santo daime e no canto de hinos por todos os participantes. O chá também é conhecido no Acre e sul do Amazonas como cipó, e pelo mundo afora como *ayahuasca*, palavra quéchua que significa “cipó dos mortos”. A *ayahuasca* é preparada a partir do cipó popularmente conhecido como *jagube* (*Banisteriopsis Caapi*) e da folha conhecida como chacrona ou *rainha* (*Psychotria viridis*), sendo originalmente (e atualmente) utilizada por grupos indígenas da Amazônia ocidental, que lhe atribuem diferentes nomes em suas línguas vernáculas.

O SANTO DAIME: BREVE APRESENTAÇÃO

O uso ritual da *ayahuasca* está associado a práticas de cura realizadas por diferentes especialistas na intermediação entre a floresta e os núcleos rurais e urbanos da Amazônia ocidental. (CARNEIRO DA CUNHA, 1998; GOW, 1996; LUNA, 2004) O santo daime é considerado por vários pesquisadores como uma forma de xamanismo

Antropologia Social (PPGAS) – Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Recebi também o essencial apoio da equipe do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio).

desenvolvida nos centros urbanos (LABATE, 2004).³ O Centro de Regeneração e Fé (CRF) foi a primeira igreja do santo daime, criada por Mestre Irineu por volta de 1930 em Brasília, cidade acreana que faz fronteira com a Bolívia. Raimundo Irineu Serra era um maranhense que foi trabalhar como seringueiro nas matas da fronteira entre Bolívia e Acre. Geralmente, os daimistas contam que ele tomou a *ayahuasca* pela primeira vez com os índios. Segundo um morador da comunidade São José, a Virgem Maria falou para um dos índios que Irineu tinha uma missão e que ele deveria passar oito dias na mata só comendo macaxeira insosa e tomando *ayahuasca*, sem ver nenhum “rabo de saia”. O índio passou a mensagem para Irineu, que atendeu ao chamado. Um morador da comunidade São José me disse que, durante a temporada na mata, a Virgem aparecia para o mestre Irineu e lhe dizia o que fazer, “ia passando a doutrina, passando os hinos”.⁴ Segundo Labate (2000, p. 31), ele teria dito à santa que desejava tornar-se um “grande curador”.

Em 1945, Mestre Irineu mudou sua igreja para Rio Branco e passou a chamá-la Centro de Iluminação Cristã Universal (CICLU). A igreja passou a ser conhecida como Alto Santo. Quando Mestre Irineu faleceu, em 1971, houve algumas disputas entre seus possíveis sucessores. Alguns novos centros foram criados por dissidentes da igreja original.

3 Ver Labate (2004, p. 240-242) para as considerações de vários autores sobre o santo daime como sistema xamânico. É importante atentar para o fato de que essas conceituações genéricas sobre o xamanismo não correspondem exatamente às descrições etnográficas relativas a processos xamânicos em grupos indígenas ou redes interétnicas específicas.

4 De acordo com Labate e Pacheco (2004, p. 318), as “santas doutrinas” representam a cosmologia daimista como um todo. Eles observam que “doutrina” é o termo usado no maranhão para as cantigas de tambor de mina, pajelança e terecô, associadas a entidades (exemplo: “doutrina de Badé”) ou a momentos rituais (exemplo: “doutrina de cura”). Os hinos do santo daime são, para os autores, doutrinas não só no sentido de trazer ensinamentos e preceitos, mas de apresentá-los na forma de música cantada.

Em 1965 o amazonense Sebastião Mota de Melo chegou ao Alto Santo em busca de cura. Segundo Labate (2000), antes de procurar o Alto Santo este homem — que viria a ser conhecido como Padrinho Sebastião — já tinha sido iniciado pelo Mestre Oswaldo, e incorporava guias espirituais da linha do espiritismo kardecista. Alguns moradores da comunidade São José me disseram que antes de conhecer o santo daime Padrinho Sebastião já era “curador” e “trabalhava com sessão”. Labate (2000) afirma que Padrinho Sebastião passou a ocupar uma posição de destaque no Alto Santo, recebendo autorização do Mestre Irineu para produzir seu próprio chá do santo daime.

Após a morte de Mestre Irineu, Padrinho Sebastião não aceitou a liderança de um de seus sucessores e retirou-se do Alto Santo, fundando sua própria igreja do santo daime, o Centro Eclético da Fluente Luz Universal Raimundo Irineu Serra (CEFLURIS), nos arredores de Rio Branco, num local denominado Quilômetro Cinco Mil. Em 1983 Padrinho Sebastião mudou-se junto de aproximadamente 250 seguidores para uma terra cedida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) às margens do Igarapé Mapiá, afluente do rio Purus no estado do Amazonas, onde fundou a comunidade daimista Céu do Mapiá, sede do CEFLURIS. (LABATE, 2000)

Desde a década de 1930, a *ayahuasca* foi incorporada como parte essencial de algumas religiões populares atuantes em localidades urbanas dos estados do Acre e de Rondônia. Essas religiões fizeram grande sucesso nas metrópoles brasileiras a partir do final dos anos 1970. O CEFLURIS foi a igreja do santo daime que mais atraiu adeptos entre intelectuais com preocupações ecológicas, atores de TV, jovens *new age* e ex-guerrilheiros contrários à ditadura militar, que foram morar na comunidade Céu do Mapiá. A partir dos anos 1990 o CEFLURIS conquistou adeptos nos Estados Unidos, na Europa e no Japão. (CARNEIRO DA CUNHA, 2009, p. 314)

A igreja do santo daime mantida na comunidade São José é uma filial do CEFLURIS. A maior parte dos moradores da comunidade já

passou algum tempo no Céu do Mapiá (distante um dia de viagem de canoa com motor de popa) visitando parentes, participando de trabalhos do santo daime e trabalhando como diaristas para as pessoas vindas dos grandes centros urbanos.

A COMUNIDADE SÃO JOSÉ CONHECE O SANTO DAIME

Seu Raimundo Rocha, um dos patriarcas da comunidade São José, tinha um pequeno barco e trabalhava como regatão,⁵ trocando mercadorias por borracha ao longo do rio Purus. Durante uma viagem no ano de 1975 foi convidado por um curador do Purus que trabalhava com sessão para experimentar o daime que, segundo me foi contado, “nesse tempo era *hoasca*”.⁶ Segundo seu Raimundo, durante o trabalho “todos se sentavam no chão da casa do curador e de vez em quando ele cantava um hino”. Não tinha mesa, ao contrário dos trabalhos de sessão e do santo daime.⁷ O curador cantava hinos de caboclo, como os hinos cantados no trabalho de São Miguel. Há diferentes tipos de hinos, para diferentes tipos de trabalho do santo daime. Há hinos que trazem mensagens sobre os santos, sobre a conduta correta para um daimista, sobre o fim dos tempos, e são geralmente cantados durante os hinários. Nos trabalhos de concentração e de São Miguel são cantados hinos como estes e também hinos “de atuação”, que ocasionam a chegada de “seres espirituais” na igreja. Somente nos trabalhos de São Miguel são cantados os hinos de caboclo, que são hinos de atuação e chamam grupos específicos de espíritos.

5 Comerciante fluvial.

6 A *ayahuasca* é também conhecida como “hoasca” por alguns usuários.

7 Essa forma de tomar *ayahuasca* me lembrou os rituais dos quais participei entre os índios Manchineri do rio Iaco e entre os Kulina do rio Purus. Assemelha-se também à forma de consumo entre os seringueiros da reserva extrativista do Alto Juruá, descrita por Pantoja e Silva da Conceição (2004).

Seu Raimundo contou que quando tomou o chá “foi logo vendo que era coisa do outro mundo, que não era desse”. Viu as almas dos animais e os santos. Com a queda no preço da borracha, seu Raimundo vendeu seu barco e foi para a cidade de Boca do Acre, onde montou um pequeno comércio por volta de 1987. Lá começou a tomar daime numa igreja filiada ao Céu do Mapiá, dirigida por um seguidor do padrinho Sebastião. Achou o trabalho “muito sério e bonito”, concluiu que “o daime era uma coisa de futuro”, e resolveu leva-lo para a família. Depois de dois anos em Boca do Acre voltou para o lugar onde moravam seus parentes, num seringal na margem do Purus, onde se localiza a comunidade São José. Todos tomaram o daime sem medo, e acreditaram que era “uma coisa boa”.

Os moradores da comunidade São José se tornaram daimistas no fim dos anos 1980. Dizem que hoje são ainda mais católicos do que já eram antes de conhecer o santo daime, pois passaram a rezar mais. Contam que quando conheceram o santo daime, havia muitos curadores que trabalhavam com sessão nos seringais do Purus.

AS SESSÕES

À época da expulsão dos missionários jesuítas da Amazônia em 1770, aspectos do xamanismo indígena e do catolicismo popular eram mobilizados nas práticas religiosas populares. (GALVÃO, 1955; HARRIS, 2006) Harris (2006, p. 99) observa que, em fins do século XVIII e ao longo do século XIX, práticas por ele designadas “xamanismo” teriam florescido como “religião popular na forma de devoção aos santos”. A forma ritual principal deste tipo de xamanismo difundido entre a população indígena e não indígena amazônica e denominado “pajelança” por alguns autores é a sessão. Nela os chamados curadores(as), médiuns ou pajés, que podem ser homens ou mulheres, “trabalham” com espíritos auxiliares com o objetivo de realizar curas. Galvão (1955, p. 187) observa que:

[...] o xamanismo ou pajelança [...] foi acrescido de elementos como as orações cristãs, o controle dos santos pelos pajés ou a inclusão dos santos na categoria de espíritos familiares, passíveis de controle tal como os sobrenaturais da água e da mata [...].

Segundo o autor, os amazônicos com quem teve contato não classificam as sessões com curadores como práticas de origem indígena, “são parte de sua religião católica”. (GALVÃO, 1955, p. 163)

Nas descrições de Galvão, as sessões sempre contam com uma mesa onde o curador ou pajé coloca uma toalha branca, imagens de santos, velas e outros objetos com poderes mágicos. A “mesa” é uma “prática médica” muito difundida por toda a América do Sul. (MOTA, 1996) Na região andina do Peru, por exemplo, as pessoas se juntam em torno dela para tomar o chá do cacto *San Pedro*. A prática da mesa também é muito difundida nos sertões nordestinos, de onde migrou grande parte das pessoas que foram trabalhar como seringueiros na Amazônia. O próprio Mestre Irineu saiu do interior do Maranhão para trabalhar como seringueiro nas matas acreanas.

TRANSFORMAÇÕES: INICIAÇÃO E CURA

Dona Maria, uma das moradoras mais idosas da comunidade São José, é reconhecida como médium ou curadora e realizava sessões antes de seus parentes “entrarem na doutrina do santo daime”. Como me contaram seus filhos e netos, dona Maria colocava santos na mesa e trabalhava com seres encantados. Nas palavras de sua neta Zenaidia:

Ela tinha a sua guia e vinham também os companheiros dela. Eram seres da água. Cada espírito tem um hino e o hino é ele mesmo que ensina. Tinha os caboclos, que são índios que vi-

veram na terra, alguns hinos eram até em língua de caboclo.⁸ No trabalho com os caboclos tinha tabaco e cachaça, que os índios gostam de uma cachaça. Cada caboclo tinha uma espada⁹ de uma cor. Era só minha avó colocar a espada que o caboclo chegava. Tinha uns que gostavam de coroa de pena também.

Nas sessões, dona Maria curava pessoas com massagens, sopros, rezas.¹⁰ Zenaidia conta que “os seres que chegavam nela” curavam as pessoas usando a espada e ensinavam receitas de banhos, remédios da mata e defumações. Mas antes de se tornar curadora, dona Maria precisou ser curada por uma médium durante trabalhos de sessão.

Quando os encantados exercem sua atração sobre uma pessoa, ela pode não se encantar, mas provavelmente adoecerá. Dona Maria conta que sofria de “ataques” quando era jovem, que “morria” (desmaiava) e ficava espumando pela boca. Um dia foi lavar roupa no rio, ficou com medo da água e não saiu de dentro da canoa. Pouco depois de chegar em casa, saiu correndo de volta para o rio, mas seu marido a segurou. Ela foi levada a uma sessão para se consultar com uma curadora chamada dona Luiza, que morava nas proximidades, e descobriu que desmaiava porque havia “seres da água entrando nela”.

Um destes seres era uma encantada chamada princesa Rita. Contam que, tempos atrás, morava uma menina muito bonita numa casa que ficava numa curva do rio Purus, num local próximo à comuni-

8 Os espíritos auxiliares dos pajés “caboclos” descritos por Galvão (1955, p. 129) são chamados “companheiros do fundo”. São seres que vivem no fundo dos rios. Têm a forma humana, a pele muito branca e os cabelos louros. São conhecidos por nomes cristãos. Entre os companheiros há um que se destaca como o chefe dos demais. Além dos companheiros do fundo, alguns pajés podem ter também espíritos de índios ou santos como espíritos auxiliares.

9 Tecido usado amarrado na cabeça.

10 A curadora que ajudou na iniciação de dona Maria sabia “chupar”, ou seja, extrair com a boca objetos do corpo das pessoas colocados por meio de feitiçaria. Dona Maria disse que não aprendeu essa técnica. Atualmente são conhecidos nas comunidades do rio Purus, nas cidades próximas e em Rio Branco, pajés indígenas e não indígenas que realizam este tipo de cura.

dade São José. Um dia, enquanto sua mãe lavava roupa no rio, alguma coisa chamou sua atenção na água e ela mergulhou. Ninguém jamais conseguiu encontrá-la. Ela se transformou numa cobra grande e hoje mora na curva do rio. Muitas pessoas a viram na forma de cobra grande. Mas algumas a veem na forma de uma bela moça, tomando banho numa bacia, na beira do Purus. Um dia um rapaz viu essa moça e ficou apaixonado. Quis pular da canoa e ir atrás dela. Se os amigos não o tivessem segurado, ele teria se “encantado”, ou seja, se transformaria num “ser da água” e ficaria morando no fundo do rio.

Dona Luiza descobriu que a princesa Rita queria que dona Maria trabalhasse, isto é, que ela atuasse nas sessões com a ajuda de espíritos auxiliares. Se ela não trabalhasse poderia morrer. Dona Luiza começou a “curá-la” durante as sessões, ou seja, prepará-la para trabalhar com os caboclos e encantados. Fazia massagens em dona Maria e conversava com os caboclos que queriam trabalhar com ela.

Em São José me disseram que para a pessoa poder começar a trabalhar com seus caboclos, é preciso que um médium “faça a ligação”. Ou seja, é preciso colocar a espada na cabeça da pessoa pela primeira vez. Certo dia, dona Luiza colocou a espada na cabeça de dona Maria, fez as massagens e terminou por curá-la. A princesa Rita tornou-se sua guia. Ela é a chefe de uma série de “seres” que trabalham com dona Maria: a princesa Izabel, o Severino, o Zeferino, o Reis-tubarão. Todos são ditos caboclos, seres da água ou encantados. Todos foram pessoas que, para se tornarem encantados, passaram pelo tipo de processo descrito acima para a princesa Rita. O Reis-tubarão é um encantado do mar. Quando ia às sessões, ou quando vai hoje aos trabalhos de São Miguel realizados na igreja do santo daime, ele deixa o corpo de tubarão — que é também uma canoa — na beira do rio, e chega na sua forma humana, que é como dona Maria o vê.

Durante os trabalhos de São Miguel que frequentei, pude observar que alguns médiuns menos experientes tremem muito e sentem frio quando os seres da água se aproximam deles. Colocando a mão

na cabeça das pessoas, dona Maria é capaz de afastar os seres e as pessoas param de tremer. Quando quer que alguém “atue”, dona Maria coloca a mão ou a espada na cabeça da pessoa, fazendo chegar o ser espiritual. A curadora vê esses seres e fala com eles. Zenaidia contou que um dia dona Maria colocou a mão em sua cabeça e disse “vem Jurema”, e então ela não viu mais nada.

Cada encantado de dona Maria tinha uma espada ou coroa da sua cor preferida. Bastava ela colocar o apetrecho na cabeça para o caboclo chegar. Quando dona Maria deixou de realizar as sessões e passou a trabalhar somente na igreja, a princesa Rita não queria tomar daime e fazia sua médium tremer muito, pois como me explicaram, “ela é de outra linha”. Os parentes de dona Maria insistiram até conseguir fazer a encantada tomar o daime, através dela. Dona Maria comentou que a princesa Rita foi amansada com o daime, e completou: “as pessoas que trabalham têm que iluminar o seu guia com o daime, têm que ir amansando seus guias”. O chá é considerado pelos daimistas como uma luz divina que cura, limpa e ilumina o espírito de vivos, mortos e encantados. A limpeza corporal, através do vômito provocado pelo chá, também é enfatizada.

Num dia de trabalho de São Miguel, um homem matou uma queixada. Ele estava tratando¹¹ o animal caçado enquanto na igreja acontecia o trabalho. De repente uma de suas sobrinhas, que estava na igreja, começou a rolar na lama, gritar e bater os dentes como fazem as queixadas. Queria tirar a roupa vermelha que usava, que “para ela era sangue” (o sangue derramado na morte do animal). O espírito da queixada tinha “chegado” nela. Seus parentes lutaram para segurá-la, abriram sua boca e a forçaram a tomar daime. Então ela voltou a si. Quando um espírito ruim ou indesejado “chega numa pessoa” durante um trabalho, deve-se fazê-lo tomar daime para que sua raiva seja substituída por amor, seu espírito seja iluminado

11 Tratar uma caça significa tirar o couro, as vísceras e outras partes do animal, preparando a carne para o consumo.

e ele possa encontrar seu destino, deixando de perturbar o trabalho espiritual dos daimistas.

Segundo um morador da comunidade:

quando a gente mata uma queixada os outros que vivem com ela, os parentes dela, sentem falta como a gente sente quando um parente da gente morre. Às vezes os parentes da queixada ou a alma da queixada mesmo que morreu vem cobrar.

As ontologias perspectivistas da Amazônia, onde seres não humanos são dotados de agência, estão associadas à valorização simbólica da caça e à importância do xamanismo. Ali, o animal caçado e comido pode retaliar um humano em forma de doença, que seria, nas palavras de Viveiros de Castro (2002b, p. 392), “[...] concebida como contrapredação canibal, levada a efeito pelo espírito da presa tornada predador, em uma inversão mortal de perspectivas que transforma o humano em animal”.

O caso de inversão de perspectivas acima descrito é chamado atuação¹² pelos moradores da comunidade São José. Mas a cobrança do animal pode ocorrer também durante uma miração. Alguns caçadores relataram que, durante trabalhos do santo daime, os animais que caçaram apareceram e falaram com eles que não deveriam ter tirado sua vida. Outros dizem ter sentido no próprio corpo “a dor da morte, o sangue descendo pelo nariz, uma quentura na cabeça”. Quando o caçador sente a dor sentida pelo animal ao morrer, sua perspectiva é alterada, ele ocupa o ponto de vista da presa. Muitos interpretam essa situação como um castigo de Deus, ou de protetores dos animais como a Mãe da Mata ou o Cabo-

12 Um caso de atuação involuntária. Espíritos ou seres podem chegar numa pessoa sem que ela tenha controle sobre o fenômeno. Os médiuns, curadores ou pajés aprendem a controlar essas transformações, classificadas como possessão por alguns estudiosos da pajelança e do santo daime como Galvão (1955) e Labate (2004).

clinho do Mato,¹³ dando uma dimensão moral a essa inversão de perspectivas.

Quando atuam, os médiuns falam com vozes diferentes das suas passando mensagens ou receitas de remédios para as pessoas, dançam e curam através de massagens. Perdem o controle do corpo e muitas vezes não se lembram de nada que tenham feito, pois quem realmente estava agindo era um “ser espiritual”. Alguns dizem que se lembram de alguns momentos. A moça que atuou com uma queixada disse que viu muito sangue, e por isso nunca mais conseguiu comer carne.

Durante o trabalho de São Miguel, a cada hino cantado chegam à igreja um ser e seus companheiros. Os médiuns atuam durante a execução dos hinos, que são repetidos enquanto o espírito quiser permanecer no médium. A pessoa “atuada” não fica totalmente inconsciente. Pode-se perceber a presença da pessoa e do ser espiritual, alternadamente. Parecem ficar lado a lado.

Os pajés ou curadores aprendem a controlar espíritos que inicialmente agiam como seus inimigos, causando-lhes “ataques”. O “amansamento” ou domesticação de espíritos inimigos e o acesso ao seu conhecimento e poder são algumas das principais características do xamanismo indígena ou da pajelança.¹⁴ Esta é também uma característica marcante dos trabalhos espirituais do santo daime tal como ocorrem na comunidade São José, que têm como objetivos principais o amansamento, a purificação e iluminação de pessoas humanas (os vivos) e não humanas como os caboclos, encantados e espíritos de mortos e de animais, através da luz contida no chá. Para os moradores da comunidade São José, um dos resultados desta purificação é a cura de diversos males, notadamente de doenças

13 Estes protetores dos animais são considerados “seres de Deus”, fazem parte do panteão cristão assim como santos e anjos.

14 Ver Fausto (1999), Galvão (1955), Taussig (1993) e Viveiros de Castro (2002a), entre outros.

causadas pela poluição resultante da ingestão de certos tipos de caça, da feitiçaria feita por inimigos e da influência de seres espirituais.

A cura está ligada não só à ingestão do daime, mas também à tomada de consciência sobre o processo causador da doença. Sob o efeito do daime a pessoa pode ver, por exemplo, quem fez um feitiço e como ele foi feito. Conhecendo o causador da doença e as técnicas usadas, a defesa ou o contra-ataque se fazem possíveis. Guias espirituais podem ser mobilizados na busca de antídotos; técnicas como benzimentos, massagens, sopros, remédios, banhos, defumações e sucções podem ser empregadas; e processos podem ser anulados. A feitiçaria — feita através de palavras (como orações e pragas rogadas) e objetos como bolos de cabelo, espinhas de peixe ou animais inseridos magicamente no corpo da vítima — é chamada sujeira, porqueira, sendo o oposto do trabalho espiritual de limpeza do santo daime.

Os processos de purificação e iluminação são processos de cura e construção da pessoa daimista. E estes processos podem ser observados não só nos momentos rituais, mas também no cotidiano. A maior parte do tempo das mulheres é gasto com a limpeza da casa, das panelas que precisam brilhar como espelhos, das roupas que precisam ficar imaculadamente brancas, mesmo que seja impossível mantê-las longe da poeira ou da lama quando usadas. Sem falar nos vários banhos que as pessoas tomam por dia e no valor atribuído aos incensos, plantas aromáticas e perfumes industrializados.

Quando seu Raimundo, o padrinho¹⁵ da igreja da comunidade São José, começou a tomar daime, ele tinha um problema no coração. Às vezes achava que ia parar de bater. Um dia tomou daime na igreja do Céu do Mapiá e foi para a fila bailar.¹⁶ Enquanto

15 A pessoa que dirige uma igreja do santo daime é chamada padrinho ou madrinha por seus seguidores.

16 Em alguns trabalhos do santo daime há uma espécie de dança chamada bailado, feita em filas de homens de frente para filas de mulheres, com passos simples e ritmados.

bailava, se viu cortado em quatro pedaços no chão. Um “ser espiritual” chegou vestido de médico, tirou seu coração e o raspou com um aparelho. O ser disse: “isso é o mal que você fez pros seus irmãos”. Seu Raimundo diz ter recebido uma cura. Depois disso não sentiu mais nenhum mal estar vindo do coração. Esse tipo de visão é chamado pelos daimistas de “miração”. Muitas pessoas contam sobre mirações em que se veem de um ponto de vista exterior a si mesmas, geralmente quando têm uma conduta considerada errada como usar roupas decotadas, ingerir álcool, fumar tabaco ou agredir alguém. Neste momento, têm a oportunidade de tomar consciência de seus erros e purificar-se através da luz do santo daime, alcançando uma cura. Há aqui uma questão de regulação moral exercida sempre a partir de uma perspectiva externa. Seja através dos comentários dos outros daimistas quando alguém passa mal (dizem que está sofrendo uma disciplina do daime), da experimentação da perspectiva da pessoa atingida (o animal caçado, por exemplo), ou da visão de uma espécie de duplo de si mesmo tomando o caminho errado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mau comportamento das pessoas muitas vezes é atribuído à influência de algum ser espiritual, ou de algum tipo de afeto exterior à pessoa. Aqueles que correm para a água ou para a mata são seduzidos por encantados, diz-se que enlouqueceram. Pessoas chorosas “estão com o chorão encostado”, pessoas que brigam estão sob influência do “rei do enfezo”, mulheres namoradeiras “estão com a pomba gira”.

Mas se brigar ou trair são comportamentos considerados moralmente ruins, o que mais se comenta no cotidiano são as condutas relacionadas ao corpo, como o fumo, a bebida, o uso de roupas e maquiagens. Quando falam de como mudaram depois do santo daime, as pessoas da comunidade São José dizem que deixaram de fumar,

de beber, de frequentar festas, de dançar, de usar roupas decotadas. Esses tipos de conduta em relação ao corpo parecem deixar a pessoa vulnerável à influência de seres, afetos, encostos, que as fazem agir mal.

Aparecida Vilaça (2006) descreve o processo de conversão ao protestantismo vivido pelos Wari (povo indígena amazônico), que se dá antes como uma transformação corporal do que espiritual ou subjetiva. Por outro lado, Joel Robbins (2004) mostra que a conversão religiosa dos Urapmin na Melanésia é primordialmente uma questão de ordem moral. As questões relacionadas a conversão ao santo daime na comunidade São José seriam de ordem moral ou corporal? Quando coloco essa questão não busco uma resposta exata, o intuito é propor conexões, a serem desenvolvidas futuramente, entre a etnografia aqui apresentada e os processos de conversão religiosa ocorridos em outros contextos etnográficos.

A doutrina do santo daime, tal como é professada na São José, parece ser um conjunto mais ou menos definido de condutas morais que se definem principalmente através das atitudes relacionadas ao próprio corpo (uso de roupas e maquiagem, de álcool e tabaco, higiene, dieta) e ao corpo dos outros (violência, caça, sexo). Essas condutas podem provocar a influência de seres benévolos ou malévolos, e o castigo de terceiros ofendidos, como os convivas, os animais e seus protetores.

As histórias da encanata da princesa Rita, e da cura e iniciação espiritual de dona Maria nas sessões, nos mostram que uma noção de pessoa relacional e transformacional, que pode ser atribuída à humanos e não humanos, já existia na São José antes da adoção da doutrina do santo daime. A grande diferença é que se antes somente os curadores podiam “ver”, agora todos podem, em maior ou menor grau, através das mirações proporcionadas pelo chá. A importância dada pelos daimistas à faculdade de ver outros seres e outros mundos, ver como outros seres, ou ver a si mesmos em

outros lugares, coloca em foco os conceitos de corpo, de perspectiva e de natureza.

REFERÊNCIAS

CARNEIRO DA CUNHA, M. Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-22, 1998.

CARNEIRO DA CUNHA. “Cultura” e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. *Cultura com aspas*: e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2009. p. 311-373.

FAUSTO, C. Of enemies and pets: warfare and shamanism in Amazonia. Tradução de Rodgers, D. *American Ethnologist*, Washington, v. 26, n. 4, p. 933-956, 1999.

GALVÃO, E. *Santos e visagens*: um estudo da vida religiosa de Ita, Amazonas. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1955.

GOW, P. River people: shamanism and history in Western Amazônia. In: THOMAS, N.; HUMPHREY, C. (Ed.). *Shamanism, history, and the state*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1996. p. 90-113.

HARRIS, M. Presente ambivalente: uma maneira amazônica de estar no tempo. In: ADAMS, C.; MURRIETA, R.; NEVES, W. (Org.). *Sociedades caboclas amazônicas*: modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume, 2006. p. 81-108.

LABATE, B. C. A reinvenção do uso da *ayahuasca* nos centros urbanos. 2000. 385 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

LABATE, B. C. A literatura brasileira sobre as religiões ayahuasqueiras. In: LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. (Org.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2004. p. 231-276.

LABATE, B. C.; PACHECO, G. Matrizes maranhenses do santo daime. In: LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. (Org.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado das Letras, 2004. p. 303-344.

LUNA, L. E. Xamanismo amazônico, *ayahuasca*, antropomorfismo e mundo natural. In: LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. (Org.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado das Letras, 2004. p. 181-200.

MOTA, C. N. da. Sob as ordens da Jurema: o xamã kariri-xocó. In: LANDON, E. J. M. (Org.). *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996. p. 267-295.

PANTOJA, M. C.; SILVA DA CONCEIÇÃO, O. Breves revelações sobre a *ayahuasca*: o uso do chá entre os seringueiros do Alto Juruá. In: LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. (Org.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado das Letras, 2004. p. 201-227.

ROBBINS, J. *Becoming Sinners: christianity and moral torment in a Papua New Guinea society*. Berkeley: University of Califórnia Press, 2004.

TAUSSIG, M. *Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura*. Tradução de Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

VILAÇA, A. *Quem somos nós: os Wari encontram os brancos*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Imanência do Inimigo. In: VIVEIROS de CASTRO, E. *A Inconstância da Alma Selvagem*. São Paulo: Cosac Naify, 2002a. p. 267-294.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectivismo e Multinaturalismo na América indígena. In: VIVEIROS de CASTRO, E. *A Inconstância da Alma Selvagem*. São Paulo: Cosac Naify, 2002b. p. 345-399.

A “dona do corpo” e o “resguardo quebrado”: a etiologia tupinambá numa perspectiva etnográfica

Cecilia McCallum

Ulla Macedo

Greice Menezes

Luisa Elvira Belaunde

Ao adoecer ou ao engravidar, as mulheres tupinambá, indígenas do baixo sul da Bahia, se encontram na interface entre duas tradições de conceitualização e intervenção no corpo; aquela gerada internamente ao seu mundo vivido cotidiano; e a tradição hegemônica no Brasil, que é acionada nas instituições biomédicas pelos profissionais de saúde. Segundo as mulheres tupinambá, não existe uma contradição entre essas duas formas de saberes e práticas, e elas apelam a ambas de maneira flexível e instrumental para resolver e compreender situações concretas de saúde que vivenciam ou que observam acontecer com pessoas próximas.¹ Nesse capítulo discutiremos duas noções centrais ao complexo de práticas e conceitos acionados du-

1 O pragmatismo dos tupinambá é semelhante àquele que ocorre em outros contextos de interação rotulada de “intermédica”. Ver em Buchillet, 1991; Kelly, 2003; Langdon; Garnelo, 2004; Langdon; Diehl, 2007; McCallum, 2014.

rante o processo de gravidez, parto e puerpério, que balizam uma noção de corpo feminino e norteiam o cuidado da saúde das mulheres ao longo de suas vidas: a “dona do corpo” e a necessidade de “guardar resguardo”.

Os tupinambá, cuja população era estimada em quase cinco mil pessoas em 2007, segundo os registros da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA),² residem em regiões próximas aos municípios de Ilhéus e Itabuna, no estado da Bahia. Seguindo uma série de estudos recentes sobre o tópico, Alarcon (2013) retrata de modo detalhado o longo processo histórico de colonização, focalizando o século XX, quando foram lançadas ondas de severa repressão contra pessoas identificadas como caboclos, ainda em curso em 2014. Em resposta ao despojo das suas terras e ao enclausuramento progressivo em áreas cada vez mais reduzidas e afastadas dos centros urbanos, surgiu na década de 1990 um movimento de reivindicação identitária, levando articulação política às distintas comunidades tupinambá, que eram 23 à época da nossa pesquisa (2005-2007). Apesar da obtenção de reconhecimento de sua identidade étnica pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 2002, e da delimitação ratificada do território indígena em 2012, no momento da escrita desse capítulo permanecem em situação de luta para assegurar os seus direitos à terra. (ALARCON, 2013; MEJÍA LARA, 2012; NAVARRO, 2003; UBINGER, 2012; VIEGAS, 2003)

Nossa pesquisa,³ o Projeto MAINBA se realizou na década de 2010, época em que a luta pela demarcação da terra estava se intensificando. O objetivo da investigação era identificar e compreender

2 Esse dado foi obtido em outubro de 2007, diretamente no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), do Polo base em Ilhéus-BA, da FUNASA (órgão responsável pela gestão da saúde indígena na época da pesquisa). Ver Alarcon (2013, p. 21) para 2009.

3 Projeto MAINBA - Mortalidade Materna entre os Povos Indígenas do Estado da Bahia: Diagnóstico de Situação, foi coordenado por Cecília McCallum e Luisa Elvira Belaunde, de 2005-2007. Recebeu apoio financeiro do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/CNPq), da Fundação de Amparo à Pesquisa

a morbimortalidade materna⁴ nessa população e aspectos sociais e culturais relacionados ao tema. A metodologia do estudo se caracterizou por uma combinação de técnicas, quantitativas e qualitativas, que possibilitou a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, num intervalo de seis anos, e ao mesmo tempo permitiu um aprofundamento no universo conceitual tupinambá. O aprofundamento se deu através de trabalho de campo etnográfico⁵ e da realização de oficinas de Levantamento Rápido Participativo (LRP) em quatro comunidades: Sapucaieira, Serra do Padeiro, Serra das Trempes e Acuípe.⁶

Existe uma clivagem geracional significativa entre mulheres tupinambá com mais e menos de 40 anos. O nível de escolaridade e o contato com contextos urbanos e com as informações que circulam nos meios de comunicação influenciam a aderência dos indivíduos a conceitos oriundos da medicina hegemônica. As mais velhas possuem menos familiaridade com os conceitos biomédicos, pois o acesso à cidade e aos centros de saúde se tornou possível para esta população só recentemente. Quanto às jovens, aquelas que são escolarizadas tendem a se distanciar das noções reprodutivas das idosas, mas esse distanciamento é ambíguo e relacional, situado em

no Estado na Bahia (FAPESB) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

- 4 O conceito epidemiológico “morbimortalidade materna” se refere ao adoecer ou morrer no período desde a concepção até 42 dias após a gestação por causas relacionadas. (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000)
- 5 O estudo etnográfico ocorreu de forma descontínua, entre os anos de 2005 e 2007, a partir da observação participante e entrevistas, informais e semiestruturadas, com indígenas e profissionais de saúde que prestam assistência na aldeia.
- 6 O Levantamento Rápido Participativo (LRP) é um método concebido por pesquisadores da área do desenvolvimento social com vistas a coletar, por meio de oficinas, os entendimentos e as práticas ativas em uma comunidade, dando voz aos diversos membros, sem privilegiar pessoas de destaque, como as lideranças, por exemplo. (WHO, 2001; BEEBE, 1995)

contextos específicos. Diante da própria vivência de alguma complicação, são receptivas às noções e práticas propostas pelas mães, tias e avós. Após o início das experiências reprodutivas, ao longo das suas vidas se aproximam cada vez mais dos conhecimentos das idosas, que são passados no dia a dia da interação e de forma intensa nos eventos de emergência. Em consequência, muitas mulheres tupinambá defendem não haver incompatibilidade entre as práticas tradicionais e as biomédicas. Além disso, consideram que o conhecimento de suas mães e avós contribui sobremaneira, para proteger a saúde das mulheres, tanto em casos de emergência, que demandem uma intervenção, como na prevenção de agravos. (BELAUNDE; McCALLUM, 2007; MACEDO, 2007)

É notável a mudança do perfil reprodutivo das mulheres tupinambá em apenas uma geração. Atualmente optam por terem poucos filhos, algo comentado pelas idosas, as quais relatam que antes o projeto de vida feminino consistia em cuidar da casa, trabalhar na roça, casar e ter quantos filhos “Deus quisesse”. Na última década do século XX houve uma queda na taxa de mortalidade materna que acompanhou a expansão da presença da saúde pública e o parto hospitalar nas trajetórias reprodutivas das mulheres, bem como uma queda na taxa de fertilidade. (BELAUNDE; McCALLUM, 2007) Até a década de 1990, os contraceptivos eram quase desconhecidos ou inacessíveis, e os abortivos se restringiam a diferentes tipos de chás caseiros. Além de conhecerem os “chás”, as jovens sabem da existência de novas formas de controle da fertilidade e muitas dizem tomar “comprimidos”, orientadas por amigas e parentes mais velhas, ou baseadas em informações ocasionais passadas na escola e em programas de TV. Macedo (2007) mostrou que a ligação tubária, embora não possa ser considerada um método contraceptivo *stricto-sensu*, é ainda vista como uma forma importante de controle da fertilidade, informação confirmada durante a nossa pesquisa.

A adesão à prática do resguardo e a coexistência de conceitos tupinambá e de conhecimentos biomédicos é generalizada entre as

mulheres de diferentes gerações. Embora aquelas com menos de 40 anos tendam a questionar as noções ensinadas pelas mais velhas, muitas relataram que se convenceram da validade desses ensinamentos quando viram que se aplicavam às suas próprias experiências reprodutivas. Em última instância, a adesão mais ou menos forte aos conhecimentos locais se apoia na experiência pessoal de cada mulher, e esta anuência muda à medida que têm filhos e recebem, das mais velhas, os cuidados referentes ao pós-parto. Dessa maneira, a jovem vai se aproximando da idosa e se identificando com as experiências desta. Nesse capítulo, portanto, trataremos de conceitos e práticas que são reativados, resignificados e incorporados na experiência vivida de cada pessoa, diminuindo ou relativizando o que, à primeira vista, seria uma distinção nítida ontológica nas apreensões sobre corpo, pessoa e saúde entre as diferentes gerações.

Os principais ensinamentos das índias mais velhas versam sobre a “dona do corpo” e a necessidade de “guardar resguardo”. No que diz respeito aos conceitos e às práticas geradas por estas noções, ao passo que a mulher vai experimentando seus processos reprodutivos, vai se convencendo da sua validade ou descartando-os, talvez os substituindo por aqueles associados a uma visão biomédica. Nosso material sustenta a tese de que a relação que uma pessoa desenvolve com o conjunto de conceitos e práticas elencados por essas duas noções muda ao longo da sua vida, sendo modelada pela experiência pessoal de uma maneira tanto instrumental, quanto histórica e social. No que segue, entendemos que a vivência do corpo grávido, puerperal e enquanto parturiente constitui um fato social total, abrangendo todas as relações que são desenroladas no entorno das pessoas envolvidas.

O corpo feminino grávido e puerperal não pode ser visto no singular: a agência desse corpo se sobrepõe à agência de outros dois,

do feto e da “dona do corpo”.⁷ No interior de todo corpo feminino reside uma entidade conhecida como “dona do corpo”, que é acionada na menarca, “abrindo” o corpo e assegurando a sua fertilidade, cuja atuação se relaciona aos cuidados requeridos em alguns eventos do calendário reprodutivo, com destaque para o puerpério. A ideia de risco à saúde que orienta o reforço de atenção neste período está norteadada pela teoria da concepção nativa, a qual postula que a formação do embrião se dá, grosso modo, pela junção de sangue materno (mênstruo) e paterno (sêmen). O sangue é visto como uma substância que se movimenta e se transforma, tanto dentro, como fora do corpo, noção presente em outros contextos indígenas.⁸ A agência da “dona do corpo” facilita esta movimentação. O sangue transforma-se em leite materno e em sêmen. A entrada e a saída desses fluidos corporais, mediante o sexo, a menstruação e a amamentação, possibilitam a fecundidade, mas também tornam a mulher vulnerável a fatores externos, desencadeadores de doenças físicas, mentais e espirituais.⁹

A “dona do corpo” protagoniza a fecundação, uma vez que transforma diferentes qualidades de sangue em feto. É a responsável pela entrada e saída de sangue no corpo das mulheres. Durante toda a gestação, ela se ocupa com o desenvolvimento da gravidez e, após o parto, sente falta do embrião que “ajudou a gerar”. Por essa razão, passa a se movimentar no interior do corpo da puérpera em sua busca, causando graves alterações no itinerário do fluxo sanguíneo, o que vem a provocar cólicas e dores de cabeça. A prática do resgar-

7 Mais referências sobre a categoria tupinambá “dona do corpo” podem ser obtidas em Belaúnde e McCallum (2007), e Macedo (2007). Ver também Motta-Maués e Yallaarta (2000), Ramos (2010), Silva (2007), para outros contextos etnográficos onde o conceito aparece.

8 Ver Belaúnde (2005, 2006), McCallum (1999, 2013), Souza (2004), Viveiros de Castro (1987).

9 Desse modo, a fertilidade feminina e o fluxo regular da corrente sanguínea são temas estritamente interligados no pensamento tupinambá.

do puerperal inclui realização de massagens, banhos de infusão e prescrições e restrições alimentares, comportamentais e espirituais. O resguardo é concebido como uma maneira de fazer a “dona do corpo” retornar para o “seu lugar” e se “acomodar”.

Os parentes dos genitores se mobilizam para garantir que a puérpera consiga seguir todas as recomendações. Seu descumprimento acarreta, possivelmente, o desvio da “rota” conduzida pela “dona do corpo” e assim, tanto ela, quanto o sangue o qual controla, corre o risco de “subir para a cabeça” e ocasionar o “resguardo quebrado” – condição considerada grave, podendo levar à morte. Há um entendimento de que essa enfermidade é uma “doença de médico”, ou seja, deve ser tratada pelos recursos da biomedicina. No entanto, as interlocutoras observaram que nem sempre há correspondência entre seus conhecimentos e os diagnósticos e cuidados hospitalares. É por isso que, na prática, optam pela prevenção, recorrendo cotidianamente às tecnologias de cuidado voltadas à saúde materna, embora reconheçam a relevância do sistema médico hegemônico.

A ideia de “resguardo” compreende uma série de prescrições que visam proteger a saúde da mulher. Trata-se de práticas que contribuem na prevenção da morbimortalidade materna. Dentre os “resguardos” associados aos diversos eventos reprodutivos (menarca, menstruação, gravidez, pós-parto, aborto e menopausa), nos concentraremos no resguardo puerperal, sendo este o tipo particularmente relevante para o entendimento tupinambá de saúde do corpo feminino. As restrições do resguardo puerperal articulam conceitos sobre a fisiologia e a psicologia feminina, a sexualidade, as relações interpessoais e a natureza dos alimentos de uma forma semelhante a conceitos presentes em muitas regiões do Brasil. (CAROSO; RODRIGUES; ALMEIDA-FILHO, 1998; KNAUTH et al., 2002; VIEIRA, 2009)

A ideia de alimento “remoso” é um desses conceitos chaves, ainda que a formulação do que o constitui não seja claramente expressa. (MOTTA-MAUÉS; MAUÉS, 1980; SILVA, 2007) O interesse das mulheres está focado na necessidade de contextualizar, de maneira

instrumental, a ingestão de alguns alimentos, os quais se associam a distúrbios de saúde experimentados por elas ou por pessoas conhecidas (não há uma definição fixa do que torna uma comida “remosa”, ou “carregada”, nem uma lista consensual dos alimentos dessa natureza). A ingestão de alimentos considerados “remeros” é tida como uma causa importante de morte materna no pós-parto, uma vez que “quebra o resguardo de boca” preconizado. A transcrição a seguir se refere a um caso de óbito materno ocorrido no período anterior ao recorte temporal da nossa pesquisa.

Luisa: E o que foi que aconteceu pra ela falecer no resguardo?

D. Anete:¹⁰ Diz meu pai que ela comeu uma comida que não deveria. Um acari. Um peixe.

Ulla: Ele é de escama?

D. Anete: Não, é de casca. De couro.

U: Quais são os peixes que não podem comer? É peixe de couro, é?

D. Anete: Querubim, arraia [...] tem muitos que não podem comer se não os rins da mulher ficam pra fora, e aí morre.

U: Mas em geral é peixe de couro que não pode comer? Peixe de escama pode?

D. Cléa: Mas nem todos, porque tem alguns que são de escama, mas são muito remeros.

D. Anete: É mesmo, tem o queroá que é muito remoso.

U: Então qual é a comida garantida, que a mulher de resguardo pode comer que não vai acontecer nada? Porque peixe depende de quem entende, né?

D. Maria: Carne, feijão, um macarrão, frango [...]

D. Cléa: Frango, carne fresca.

D. Anete: Comida dormida também não pode comer que faz mal. (Sapucaieira)

10 Todos os nomes das mulheres indígenas foram substituídos por pseudônimos.

Nessa e em outras discussões, nas oficinas ou nas entrevistas, estabelecer critérios fixos para definir o “remoso” não apareceu como uma preocupação que se impunha quando a categoria era acionada. O importante é relacionar uma determinada comida com mudanças experimentadas no corpo, consideradas desencadeadoras de problemas de saúde no período puerperal. O mencionado caso de “expulsão de rim”, provocado pela ingestão de alimento “remoso”, ilustra um argumento explicativo da etiologia local, concernente às mudanças na fisiologia feminina. Já o seguinte trecho indica que a ingestão de alimento “remoso” pode produzir impacto na saúde mental. “*Minha mãe, quando morreu, eu fiquei com oito dias de nascida. Ela morreu de parto, foi comer uma galinha nanica, endoidou e morreu.*” (Acuípe)

Os alimentos “remosos” não são os únicos fatores que desencadeiam mudanças na saúde da mulher. Há outros detonantes como pegar peso, ter relações sexuais, “tomar frio”, escutar “zoada” e tomar “choque” ou raiva durante o período do resguardo puerperal.

Olha, a mulher não pode pegar peso, não pode assim aceitar o marido [ter relações sexuais] antes do tempo, né? Porque isso tudo prejudica ela, né? Eu mesmo tive criança, mas nunca fui prejudicada, porque eu não facilitava pra nada, não pegava peso, eu não fazia nada assim quando tava de resguardo. Também não pode tomar choque, nem raiva, porque aí quebra o resguardo, o chamado resguardo quebrado. Fica doente, né? Dá dor de cabeça, muitas endoidam. Dizem que comida requentada também pode fazer mal, né? Comida de um dia pro outro. (Serra das Trempes)

Existe, em todo caso, diferentes graus de aderência às recomendações de “guardar resguardo”, de como proceder e por quanto tempo — tanto quando se trata de parto que encerra uma gravidez a termo, como de casos de aborto, ou como são referidos, “perca”. Essas diferenças expressam um corte de geração, já que algumas mulheres jovens, que tiveram contato com os ensinamentos biomé-

dicos, dizem não “ligar” para as conceitualizações das mais velhas. Já essas últimas observam, a partir da própria experiência corporal, que “guardar resguardo” foi determinante para alcançarem um estado satisfatório de bem-estar físico e mental na idade em que se encontram.

Eu sou uma mulher velha dessa, já com 62 anos e nunca senti uma dor na unha e nem uma dor no pé da barriga, porque eu tinha resguardo. Eu fazia meu resguardo certo, eu nunca quebrava resguardo, nunca comia comida carregada, não fazia nada, né? Hoje em dia, graças a Deus, eu sou uma mulher sadia, hoje em dia eu ando cheia de dor, mas é negócio de reumatismo, mas por negócio de gravidez, de parto, de menino eu nunca senti nada. Por quê? Porque eu tenho resguardo. E hoje em dia não, que nem eu tenho essa neta aí, ela tem um menino, se ela ganha hoje, amanhã ela já tá andando, já tá pegando água, já tá lavando prato, já tá se abaixando, se acocando, levantando.
(Serra das Trepes)

Outras mulheres idosas atribuem a causa de certos problemas de saúde ao fato de não terem “guardado resguardo” ao longo de suas vidas. A adesão ao “resguardo” se sustenta principalmente na experiência daquelas mais velhas que tiveram muitos filhos.

Eu mesma tive oito resguardos quebrados. Isso aqui [aponta para o rosto] fica inchado. Aí você fica passando mal. (Sapucaieira)

O “resguardo” põe em ação um conjunto de conhecimentos e práticas complexas e inter-relacionadas que expressam uma etiologia tupinambá que diz respeito à morbimortalidade materna. Segundo as tupinambá com extensa experiência reprodutiva, “guardar resguardo” durante o puerpério protege o bem-estar da mulher e previne o que a ciência biomédica rotula como “morte materna”.

O tema do resguardo traz à tona dois conceitos centrais — “dona do corpo” e sangue — que articulam noções sobre a fisiologia e a psicologia feminina:

É porque às vezes come uma comida que não compete comer, aí o parto sobe pra cabeça e começa a sair sangue pelo nariz, aí aquilo endoia e morre. Naquele tempo não tinha remédio. Minha sogra também ficou doida, um ano de resguardo quebrado. A minha família quase toda se acabou de parto, aí eu fiquei com medo. (Acuípe)

Essa citação introduz noções sobre a etiologia da morte materna por “resguardo de boca quebrado”. A comida “remosa” faz o sangue do parto “subir para a cabeça” da mulher e isto interfere na sua saúde mental, o que também pode levá-la à morte. O perigo se concentra no fato de que a mulher está sangrando durante o pós-parto e que esse sangue deve ser bem administrado por meio das restrições do “resguardo”, para evitar que suba ao invés de descer e ser escoado do corpo. O sangue do pós-parto deve ser eliminado, mas este processo não é garantido naturalmente — é objeto de manipulação por meio do controle da alimentação e do comportamento da mulher durante o puerpério.

A dor de cabeça é um sintoma de que o “resguardo” pode ter sido “quebrado” e o sangue ter desviado do seu curso. A “subida” desse sangue nocivo, como já referido, também pode estar relacionada ao fato de escutar “zoadá”, “tomar choque” e sentir raiva. Nesse caso, vemos que os fatores externos são tão importantes quanto àqueles que atuam internamente ao corpo.

Luisa: E você já escutou que a mulher que está de resguardo não pode tomar raiva?

D. Rita: É assim mesmo. Não pode, não pode tomar choque. Ela fica mal, sente logo uma dor de cabeça, um bocado de gente endoia. (Serra das Trempes)

Os efeitos negativos do “resguardo quebrado”, quando não são letais, tornam-se crônicos ao passar dos anos. Isso acontece com o “enfraquecimento do juízo” devido à alteração do sangue pelos desencadeadores já mencionados. As hemorragias, dores no “pé da barriga” e problemas reprodutivos em geral são amplificados pelo não uso de remédios locais, tais como amarrar a barriga da mulher e fazer um tipo de massagem com infusão de ervas em seu abdômen, conhecida por “esfregação”. Esses problemas crônicos de saúde mental e reprodutiva são tipicamente atribuídos à falta de cuidado com a “dona do corpo”.

A ‘dona do corpo’ mata qualquer uma mulher. Mata sim, se não tiver remédio ela mata mesmo. Porque ela é um bolo assim, e aquele bolo sobe pela boca, se não tiver remédio ela mata a criatura. Então a mulher tem que tomar “esfregação” de folha de horta, tem que tomar óleo de pau na água, pra beber, que tem muitas mulheres que se dá. (Serra das Trepes)

A dona do corpo protagoniza os ciclos da reprodução feminina. O sangue que ingressa na mulher sob a forma de sêmen se mistura ao sangue menstrual e é transformado em feto pela “dona do corpo”, a qual acompanha de perto todo o desenvolvimento gestacional até o momento do parto. Depois de nove meses “tomando conta da criança” no útero materno, a “dona do corpo” fica desnorteada com o nascimento e passa a se movimentar pelo interior do corpo feminino à procura do embrião, deixando de lado o cumprimento de suas funções referentes ao controle sanguíneo, arriscando-se ainda a ser expelida pela vagina ou pela boca. Essa movimentação pode originar graves consequências para a mulher. Por isso, o respeito ao resguardo é um mecanismo fundamental para fazer com que ela retorne à sua localização original e se acomode por lá. Desse modo, evitam-se complicações no pós-parto que poderiam conduzir, no cenário extremo, à morte.

Aí a gente vem, ajeita a barriga e chama a 'dona do corpo' pro lugar, porque a 'dona do corpo' quando a gente tem o menino ela sai fora, aí a gente pega, ajeita a barriga e ela vem pro lugar. (Acuípe)

Quando o “resguardo” puerperal é “quebrado”, a “dona do corpo” pode se tornar um agente potencialmente desencadeador da morte materna, seja porque ela segue em direção à cabeça, seja porque ao se movimentar incessantemente após o parto, na busca pelo feto, ela “desce” demais, precipitando hemorragias e podendo inclusive ser expulsa pela vagina. Como indica o seguinte depoimento, algumas parteiras conhecem técnicas manuais para tratar casos em que a “dona do corpo” é expelida pela via vaginal. Além de situações de “quebra do resguardo” puerperal, o mesmo também é passível de ocorrer durante um “parto difícil”. A partir das explicações das entrevistadas, podemos arriscar uma aproximação entre a expulsão da “dona do corpo” e o diagnóstico biomédico de prolapso de útero.

U: E já aconteceu caso de a dona do corpo sair do corpo da mulher?

D. Deza: Já. Mesmo aqui morreu uma mulher, uma velha já e não queria ir no médico, não ia de jeito nenhum! D. Sabina, não ia a um médico. Uma cabocona véia mesmo. Aí ela, a dona do corpo dela saía pra fora e ela mesmo botava pra dentro.

L: Ah! Saía e ela botava?

D. Deza: Saía e ela botava.

U: Como é a dona do corpo?

D. Deza: Eu não sei assim como que era. Deve ser a bexiga ou útero, não sei. Era aquela bola assim! Era uma bola assim, menina! Parecendo uma bexiga! Ela pegava folha de cabaço, esquentava e botava óleo naquela folha de cabaço, óleo de coco e se deitava assim e ia empurrando. Daqui a pouco, ploft,

entrava. Às vezes que ficava assim sem querer entrar ela me chamava e me ensinava e aí entrava.

L: E saía a dona do corpo por que assim?

D. Deza: Porque ela caiu muito. Parece que tirando... na roça, arrancando mandioca assim, aí ela caiu/

U: Caiu grávida ou normal?

D. Deza: Não, ela tinha tido criança, foi no resguardo. Ela caiu e quando caiu diz que botou e começou a... Não veio pro médico, não ia pra médico com vergonha, aí ficou assim. E morreu assim com esse negócio pra fora. (Sapucaeira)

A existência da “dona do corpo” e dos efeitos negativos que sua movimentação representa para a saúde das mulheres é motivo de questionamento entre as mais jovens que possuem certo conhecimento sobre anatomia e fisiologia. Não obstante, a adesão a esta noção se sustenta na própria experiência daquelas que, ao sofrerem problemas durante a gravidez ou o puerpério, recebem os cuidados das mais velhas e experimentam alívio.

Quando as consequências do “resguardo quebrado” se tornam agudas – e isto geralmente acontece em curto prazo, durante o período puerperal – o risco de morte se apresenta como uma possibilidade real. Se as consequências forem menos agudas, e até imperceptíveis durante o pós-parto, é possível que nem sejam tratadas, já que não provocam males aparentes. Mas, com o passar do tempo, se manifestam e se tornam crônicas, podendo persistir durante toda a vida e comprometer o bem-estar físico e mental da mulher. Por isso, as tupinambá enfatizam que “guardar resguardo” é um investimento na saúde futura, já que as consequências, muitas vezes, só serão percebidas na velhice.

Resumidamente, a relação entre as diferentes causas de “resguardo quebrado” pode ser observada na articulação entre a “dona do corpo” e a saúde da mulher. A “dona do corpo” é considerada um agente desencadeador de doenças. Por isso, os cuidados destinados

a ela são fundamentais para evitar hemorragias, estabelecer o bom funcionamento da circulação sanguínea, o ritmo das regras e dos órgãos reprodutivos. A “dona do corpo” é, portanto, um conceito que se refere à saúde da mulher de maneira integral. Ela dá a vida, pois é responsável pela geração do feto, mas também pode vir a retirá-la, quando o resguardo não é praticado durante os momentos de grande vulnerabilidade do ciclo reprodutivo feminino.

Causas do resguardo (puerperal) quebrado	Efeitos na mulher	Consequências agudas (curto prazo)	Consequências crônicas (médio e longo prazo)
<p>Ingerir comida “remosa”</p> <p>Tomar “choque” (susto)</p> <p>Sentir raiva</p> <p>Pegar peso</p> <p>Ter relações sexuais</p> <p>Escutar “zoada” (barulho, ou assuntos de conteúdo desconcertante)</p> <p>Sentir frio</p> <p>Falta de descanso, de “esfregação” (massagem abdominal com infusão) e de cuidados específicos.</p>	<p>A “dona do corpo” fica se movimentando no corpo da mulher, sem voltar para “seu lugar”. ***</p> <p>A “dona do corpo” se “desorienta”, e o sangue circula mal. ***</p> <p>A “dona do corpo” faz o sangue do parto “subir para a cabeça” em vez de “descer”, ou então faz o sangue descer demais, provocando hemorragias.</p>	<p>Cólicas e hemorragias. Se não for tratada, a condição pode se tornar aguda: a “dona do corpo” fica “para fora” do corpo, saindo pela vagina e oferecendo risco de morte. ***</p> <p>Dor de cabeça e alterações mentais. Se não for tratada a condição pode se tornar aguda: a mulher “en-doida”, não reconhece mais seus parentes e pode morrer por “enlouquecimento”. Em alguns casos a “dona do corpo” pode ser expelida pela boca ou pelo nariz.</p>	<p>Condição crônica: cólicas, hemorragias recorrentes e dificuldades reprodutivas. ***</p> <p>Condição crônica: “juízo fraco”, nervosismo, dificuldades de concentração, dores de cabeça recorrentes.</p>

QUADRO 1: Causas e consequências do “resguardo quebrado”

Fonte: Elaborado pelos autores (2007).

As mulheres consideram que os problemas decorrentes de “resguardo quebrado” e da “dona do corpo” são passíveis de tratamento biomédico. Em alguns casos, elas afirmam que só mesmo o médico pode curar alguém que padece das consequências do “resguardo quebrado”. Isso se aplica tanto para as situações de “enlouquecimento”, que podem ser tratados com medicamentos psiquiátricos, como para os casos de cólicas, hemorragias e expulsão da “dona do corpo”. A partir de um ponto de vista biomédico, a ejeção da “dona do corpo” pela vagina pode ser aproximada ao prolapso de útero. A sua subida para a cabeça e seus efeitos na saúde mental feminina pode ser interpretada como depressão pós-parto. A seguinte citação deixa claro que a própria interlocutora procurava fazer essa associação:

D. Carmem: Aí depois, depois daquela dor toda, o pós-parto. Quando a mulher tem a criança, os cuidados aumentam, mais ainda, a alimentação tem que ser adequada, existe caso em que a mãe se encontra em depressão pós-parto, ou resguardo quebrado que o povo fala mais, né? Porque comem de tudo, fazem trabalho doméstico que não podem, tomam rai-va e às vezes até montam em animais. Elas precisam de repouso completo, precisam de apoio das suas famílias e os devidos cuidados.

L: Então a depressão pós-parto é o resguardo quebrado?

D. Carmem: É aquela dor de cabeça, né? Por exemplo, se ela ganhou neném e ficou em casa e teve aquela briga, e ela ouviu aquele “conversê”, aquela coisa, vamos dizer que ela já fica com resguardo quebrado, aí dá dor de cabeça, aí já vêm as consequências, né? E a depressão também é quando ela fica [...] ela rejeita a criança dela. E por aqui até teve um caso que a gente sabe que aconteceu. A menina tem um casal, o menino ela cria, e a menina ela rejeitou. Então é uma coisa que aconteceu e que é realidade na nossa aldeia. (Sapucaieira)

Enfim, guardar resguardo puerperal, na visão tupinambá, previne consequências danosas à saúde das mulheres a curto, médio e longo prazo, o que pode ser explicitado a partir tanto de conceitos associados a uma ontologia supostamente “tradicional”, quanto daqueles cunhados numa ontologia biomédica. Podemos concluir que ao se aproximar do tema, a partir da perspectiva da experiência vivida dos sujeitos, torna-se impraticável adotar uma divisão dicotômica analítica em que se pressupõe que os sujeitos estão posicionados em frente a uma escolha entre uma ou outra abordagem ontológica. Levando em consideração que as especialistas tupinambá na saúde das mulheres são sempre mulheres, aqui se trata de um domínio de saber feminino. À medida que o conhecimento destas especialistas e das mulheres, de um modo geral, é produzido sempre numa interface entre práticas e preceitos ligados ao sociocosmos que emerge na ontologia indígena (ou seja, as relações sociais com entidades não humanas e humanas), e aquelas práticas e preceitos associados às ontologias biomédicas, durante os eventos e processos reprodutivos vivenciados, tais binarismos analíticos não refletem o modo em que a suposta “intermedialidade” funciona.¹¹ O saber feminino não é um saber que pode ser posicionado num suposto eixo que estende do polo “tradicional” ao “moderno”, senão um conjunto que é gerado ontogeneticamente, ou seja, de forma única e intersubjetiva, ao longo da vida dos indivíduos.

Sabe-se que nas ontologias ameríndias o corpo é concebido como instável e sujeito a transformações contínuas produzidas na interação com entidades e corpos humanos e não humanos. (VIEIRA, 2009; VILAÇA, 2005) A etnografia discutida nesse capítulo evidencia que para aquelas tupinambá que já têm experiência de menstruação e gravidez, o corpo feminino vivencia mensalmente processos de abertura e fechamento aos poderes externos, seja ao sangue mas-

11 Ver McCallum (2014) para uma crítica recente às noções de “intermedialidade” e de “interculturalidade”.

culino (sêmen), que pode causar a concepção, seja às influências nocivas, como choques e comidas remosas, que causam doença, loucura ou morte, especialmente durante o puerpério. Os eventos reprodutivos intensificam essa transformabilidade corporal e reque-rem expressiva atenção.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, D. F. *O retorno da terra: as retomadas na aldeia Tupinambá da Serra do Padeiro, sul da Bahia*. 2013. 343 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- BEEBE, J. Basic Concepts and Techniques of Rapid Appraisal. *Human Organization*, Washington, v. 54, n. 1, p. 42-51, 1995.
- BELAUNDE, L. E.; McCALLUM, C. (Org.). *Projeto MAINBA: saúde reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença - BA*. 2007. Relatório Final. Mimeo.
- BELAUNDE, L. E. El Recuerdo de Luna: gênero, sangre y memória entre los pueblos amazónicos. Lima: UNMSM, 2005.
- BELAUNDE, L. E. A força dos pensamentos, o fedor do sangue: hematologia e gênero na Amazônia. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 205-243, jan./jun. 2006.
- BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 1991.
- CAROSO, C.; RODRIGUES, N.; ALMEIDA-FILHO, N. Explicação dos problemas mentais em uma comunidade litorânea na Bahia. ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 22., 1998, Caxambu. *Anais...* Caxambu: CBPE, 1998.
- KELLY, J. A. L. *Relations within the Health System among the Yanomami in the Upper Orinoco, Venezuela*. 2003. 319 f. Tese (Doutorado) - Department of Social Anthropology and Darwin College, University of Cambridge, Cambridge, 2003.

- KNAUTH, D. R. et al. Medical culture and reproductive decisions among women infected with Aids. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 39-54, ago. 2002.
- LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre Antropologia Política*. Rio de Janeiro: ABA, 2004.
- LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n. 2, p. 19-36, maio/ago. 2007.
- LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 2000.
- MACEDO, U. *A dona do corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA*. 2007. 196 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- MEJÍA LARA, A. E. “*Estar na cultura*”: os Tupinambá de Olivença e o desafio de uma definição de indianidade no sul da Bahia. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- McCALLUM, C. Cashinahua Perspectives on Functional Anatomy: Ontology, Ontogenesis and Biomedical Education in Amazonia. *American Ethnologist: Journal of the American Ethnological Society*, Washington, v. 14, p. 504-517, 2014.
- McCALLUM, C. Consuming Pity: the production of death among the Cashinahua. *Cultural Anthropology*, Washington, v. 14, n. 4, p. 443-471, 1999.
- McCALLUM, C. Intimidade com estranhos: uma perspectiva kaxinawá sobre confiança e a construção de pessoas na Amazônia. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 123-155, 2013.
- MOTTA-MAUÉS, M. A.; MAUÉS, R. H. Hábitos e crenças alimentares numa comunidade de pesca. Belém: Falangola, 1980.

MOTTA-MAUÉS, M. A.; VILLACORTA, G. M. *Matintapereras e pajés: gênero, corpo e cura na pajelança amazônica (Itapuá/PA)*. 2000, Trabalho apresentado a 24º reunião da ANPOCS, Petrópolis, 2000.

NAVARRO, P. *Os filhos de Jaci: ressurgimento étnico entre os Tupinambá de Olivença – Ilhéus – BA*. 2003. 83 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

RAMOS, M. *Cuerpo y Reproducción entre los Pankararu del Nordeste de Brasil*. Tese. 2010. 202 f. il. (Doutorado em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2010.

SILVA, A. Comida de gente: preferências e tabus alimentares entre os ribeirinhos do Médio Rio Negro (Amazonas, Brasil). *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 125-179, 2007.

SILVA, G. da. Camarada ou inimiga: a “dona do corpo” e as mulheres atikum. In: ATHIAS, R. (Org.). *Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2007. p. 195-202.

SOUZA, M. C. de. Parentes de sangue: incesto, substância e relação no pensamento Timbira. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 25-60, abr. 2004.

UBINGER, H. C. *Os Tupinambá da Serra do Padeiro: religiosidade e territorialidade na luta pela terra indígena*. 2012. 189 f. il. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

VIEGAS, S. *Socialidades Tupi: identidade e experiência vivida entre índios-caboclos (Bahia/Brasil)*. 2003. 426 f. il. Tese (Doutorado em Antropologia Social e Cultural) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2003.

VIEIRA, M. G. Virando Inmõxã: uma análise integrada da cosmologia e do parentesco Maxakali a partir dos processos de transformação corporal. *Amazônica: revista de Antropologia*, Manaus, v. 1, n. 2, p. 308-329, 2009.

VILAÇA, A. Chronically Unstable Bodies: reflections on Amazonian Corporalities. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, London, n. 11, p. 445-64, 2005.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In. OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora. UFRJ: Marco Zero, 1987. p. 11-31.

WHO. Regional Office for the Westem. *Giving adolescents a voice: conducting Rapid assessment of adolescent health needs: a manual for health planners and researchers*. Manila, 2001.

O culto em ação: percepções sobre curas e doenças nos cultos das Assembleias de Deus

Marcos Vinício de Santana Pereira

INTRODUÇÃO

Este artigo originou-se de observações realizadas em igrejas evangélicas durante minha pesquisa de mestrado¹ intitulada “Eu e minha casa serviremos ao Senhor em Salvador: ações e estratégias de ascensão social de famílias batistas”. Naquele período, meu objetivo era uma análise sobre famílias-membros de uma igreja batista que ascenderam economicamente em um bairro popular de Salvador com o uso do capital religioso adquirido. No intercurso da pesquisa de campo, entretanto, visitei outras igrejas evangélicas com o propósito de estabelecer um quadro comparativo com o culto batista tradicional. Àquela altura, já considerava que muitos com-

1 Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) pelo apoio financeiro nos dois primeiros anos de doutorado. Realizei o mestrado em Ciências Sociais entre 2001-2004 na Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS).

ponentes doutrinários e ritualísticos dessa denominação passavam por uma crise de referência institucional, proveniente do inevitável intercâmbio regular de seus membros com outros segmentos evangélicos, principalmente de coloração pentecostal.

Com o objetivo de compreender melhor aquele momento de crise institucional da igreja batista realizei rápidas incursões de campo em templos pentecostais, especialmente os das Assembleias de Deus (ADs). Entre estes, o que me chamou mais a atenção era a densa participação feminina na ministração de cultos, principalmente entre aqueles considerados mais “avivados”, caracterizados pela realização de curas e milagres, além de experiências de transe e exorcismo. Essas mulheres se atribuem ou, quando não, são denominadas pelos fiéis, “missionárias”, e usufruem de autoridade e prestígio entre públicos de diferentes denominações. Concluí, então, que as missionárias são lideranças femininas das ADs que ministram cultos regularmente em suas igrejas locais. Estes são realizados em dias de semana, geralmente às manhãs e tardes, e possuem, a depender da estrutura espacial do templo, uma concorrida presença de públicos oriundos de diferentes ordens religiosas — inclusive católicas. A ministração das missionárias segue uma ordem no culto, marcados por cânticos e testemunhos, além do momento solene das revelações proféticas. A prédica ou o sermão é feito através de sonoros gritos que se misturam aos transes de revelação e glossolalia, exorcismos e curas.

As missionárias² das ADs são aquelas que ministram o culto “da benção”, da “oração”, “dos milagres”.³ Elas se caracterizam pela posse de determinados dons, o dom de “falar em línguas” (a glosso-

2 O oposto “missionário”, entretanto, não é um ofício comum nas igrejas locais – a não ser quando um pastor é designado para realizar missões evangelísticas fora do país, mas, geralmente seu título pastoral permanece como primeiro elemento de identificação.

3 Expressões muito corriqueiras entre os pentecostais. Alguns membros o chamam de “fogo”, “poder” e “das maravilhas”. Entre aqueles que mantêm uma oposição ao culto pentecostal são comuns expressões jocosas como “culto do reteté”, da “canela de fogo”, das “profetadas”.

lalia), a profecia e a cura. Elas têm o poder de prever o futuro, diagnosticar doenças, denunciar adultérios, ou seja, de revelar o mistério através da profecia. Os cultos das missionárias diferem do culto dominical da instituição, geralmente mais formal e doutrinário. Neste, a preponderância masculina é expressa pela presença indispensável do pastor, que conduz o culto ladeado pelos presbíteros e diáconos (e suas respectivas esposas) no coração da nave da igreja — área do tablado ou do púlpito — estabelecendo o símbolo da hegemonia masculina no templo. Mesmo com os gritos sonoros que ecoam do auditório e do enérgico sermão, o pastor mantém uma dinâmica bem calculada, a qual dificilmente excede a ordem da programação do dia. O culto dominical expõe o signo da tradição centenária das ADs, marcado por antigos cânticos do hinário da instituição e uma programação rigorosamente solene e, portanto, pouco informal, ainda que a atmosfera pentecostal enseje um forte emocionalismo expresso em orações, gritas e acentuadas exclamações amplificadas pela potência do gerador de som.

Os dois cultos das ADs levaram-me a encaminhar um projeto em 2011 de doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia (PPGA/UFBA), com o objetivo de compreender as relações de gênero que emergem das práticas e rituais empreendidos pelos membros dessa denominação. Em particular, refletir o esforço e mobilização de mulheres na constituição de serviços religiosos no interior dos templos, os quais conferem visibilidade e empoderamento feminino na igreja local.

O texto a seguir é resultado de uma sondagem inicial realizada em alguns templos das ADs da cidade de Salvador e Porto Alegre nos anos de 2012 e 2013, com o objetivo de observar os cultos de ministração feminina dirigidos por missionárias. Na ocasião, busquei identificar além daquelas ministras que já eram conhecidas pelo público evangélico em geral, outras mulheres das ADs com as mesmas atribuições, as quais atendem a uma rede não muito ampliada de frequentadores no interior de modestos templos — espaços

adaptados de antigas lojas, galpões e garagens — localizados em avenidas e bairros.

Proponho, também, algumas reflexões preliminares acerca dos cultos dessas religiosas das ADs, mas, apenas considerando as percepções que emergem sobre doença e cura no culto em ação. A ideia parte do princípio de que o culto em seu desenrolamento vai revelar um conjunto de movimentos, discursos, gestos e sinais corporais que são acionados para expelir uma doença, um demônio ou ministrar uma benção. As ministrações de cura e os diagnósticos de doenças através da revelação profética são manifestos não somente a partir da mensagem, a pregação ou prédica, emitida a partir do púlpito, mas por uma rede de movimentos corporais, incluindo as performances que emanam das palavras articuladas na interação com o público durante a ritualização do culto.

A PERDA DA REGULAÇÃO

O domínio da crença e das tradições doutrinárias de uma denominação religiosa são instâncias que se apresentam confusas no horizonte das atividades ordinárias realizadas pela membresia local. Essa dicotomia se aprofunda quando as relações de poder (incluindo conflitos geracionais e de gênero) se agudizam através de movimentos de cunho revivalista, reformista ou antidenominacional no interior do templo. A grande instituição, a denominação, que alimenta o discurso de guardiã e reguladora das tradições doutrinárias, já não é mais uma entidade detentora de profundo respeito e valor para aqueles que, no âmbito local, apenas desejam ter um encontro com o “Senhor”. A igreja geralmente se impõe com as suas próprias práticas e preceitos, tornando o controle da cúpula denominacional um esforço em vão. Se a crença continua escapando ao controle das grandes instituições, como insinuou Hervieu-Léger (2008), nas ADs esse fenômeno tem se intensificado nos últimos anos: não

é possível controlar e regular as manifestações da religiosidade local mesmo com todas as penalidades previstas nos estatutos e resoluções das ADs.

Por isso o termo “ADs” e não “AD”. Não é possível pensar em identidade “assembleiana”, porém, em identidades assembleianas. Nas observações realizadas em 2013, encontrei pequenas igrejas com o nome “Assembleia de Deus” sem qualquer vínculo institucional com as principais representações regionais da denominação pentecostal e suas dissidências. Reivindicar a guarda de uma originalidade assembleiana que supostamente se perdeu com a absorção de práticas seculares ou, como na maioria dos casos, quando alguma liderança se sentia divinamente revelada para abrir um “novo ministério” — situação que gerava desconforto para a cúpula denominacional em razão da perda eminente de uma igreja filiada, principalmente quando a maioria da membresia local se mostrasse simpática ao novo líder — era a tônica das respostas que emanavam dos interlocutores mais antigos quando instados a descrever, nas entrevistas episódicas, a história da igreja local e suas lideranças.

O SER UNGIDO E A SER UNGIDA

Nas ADs, a crença nos seus líderes religiosos — evangelistas, missionárias e pastores — como pessoas contempladas de dons e poderes especiais, atrai um público fiel e diverso para o templo assembleiano em busca de uma “benção”. Os congressos e cruzadas das ADs, quando são anunciados em cartazes ou veiculados pela mídia, sempre fazem menção a um pregador, missionária ou evangelista com qualidades especiais ou possuidor de um testemunho milagroso. Mas, mesmo nos cultos regulares, a presença desses líderes assume um significado todo especial para o crente das ADs, pois este vislumbra a possibilidade de que Deus vai operar milagres através daquele que recebeu a “unção de poder”.

Receber a “unção” pode apresentar diferentes significados. Existe a ideia do óleo consagrado de oliva que o ministro derrama sobre o fiel. Usa-se geralmente para fins curativos, quando o crente se apresenta enfermo, ou para consagração de postulantes aos cargos eclesiásticos — diácono, evangelista, pastor, etc. Mas existe outra ideia não menos comum e difundida entre os pentecostais: a unção de poder. A unção em que o crente é contemplado pelo Espírito Santo com dons de cura, maravilha e revelação (profecia). Acrescento, porém, outra particularidade entre os pentecostais da AD (e, em certa medida, entre os evangélicos também): ser chamado ou receber o chamado para um ministério específico. “Ser chamado” ou “ter o chamado” são expressões corriqueiras entre os assembleianos e servem para justificar um feito, uma ação ou até mesmo deliberar ordens. Aquele que tem o “chamado” foi o escolhido de Deus para cumprir uma missão. O “chamado” pode vir através de revelações proféticas, sonhos ou visões.

A possibilidade de esperar a resposta de Deus através da oração devocional não é o bastante. É preciso ir à igreja em busca do “ungido”, aquele que tem dom e o “chamado”. Isso significa dizer que nem todos são portadores de dons especiais ou, na percepção dos pentecostais, são chamados para determinados ministérios. Não é à toa, portanto, o convite exortativo: “vá ao culto da missionária”, que recebi não poucas vezes de fiéis que pretendiam me convencer que o culto da ministra poderia resolver meus dilemas pessoais. Em outro culto da AD, assistindo ao pastor que recebia revelações diversas, ele asseverava “[...] *Eu não trabalho com chutomêtro. Eu tenho a convicção que Deus me revela*”. O “chamado”, ou seja, é uma missão que o crente deverá cumprir, seja qual for sua categoria — profetizar, evangelizar, expulsar demônios, implantar um ministério etc. —, com a certeza de que foi Deus que o chamou. Não é raro, portanto, o surgimento de atividades lideradas por aqueles que se nomeiam “chamados” para implantação de um trabalho religioso na igreja. Alguns são logisticamente bem assessorados por

produtores de evento, *webdesigner* para manutenção de *sites*, vendedores de CDs e DVDs de sermões e canções de bandas musicais e secretários particulares.

O “ungido” e a “ungida” das ADs, entretanto, possuem lugares instituídos e ofícios que traduzem as relações de gênero e a distribuição sexual das funções eclesiais. Na doutrina e tradição das ADs, a mulher não pode ser “consagrada”, deixando entender que é uma competência da membresia masculina “ser consagrante” e “ser consagrado”. Ainda assim, na história das Assembleias de Deus no Brasil, houve movimentos internos que aspiravam mudanças nas suas tradições referentes às relações de gênero. Nos anuários de suas convenções periódicas datadas desde o início do último século é possível identificar movimentos que ensejavam mudanças no tratamento e na relação com as mulheres da instituição. Alguns desses movimentos, principalmente aqueles situados a partir da década de 1980 (ARAÚJO, 2011, p. 13), reivindicavam para a membresia feminina o direito ao exercício pastoral, além de outros cargos historicamente masculinizados pela denominação. Ainda hoje não é difícil encontrar manifestações internas às suas resoluções históricas. A Convenção Evangélica das Assembleias de Deus do Distrito Federal (CEADDIF), por exemplo, representação regional das ADs do Distrito Federal (DF), já reconhece em seu estatuto a ordenação de pastoras e evangelistas mulheres⁴ sem a aprovação ou aval da convenção nacional. Também, na Assembleia de Deus do Ministério Madureira, uma das representações mais antigas das ADs, recentemente ordenou uma mulher para compor o seu corpo de ministros. Este fato gerou reações adversas nos círculos assembleianos e nas próprias filiais da Madureira em todo Brasil.⁵ Em resumo, o ministério feminino é um tema que costuma ser evitado pela cúpula da denominação

4 Ver *site* do órgão, disponível em: <http://www.ceaddif.org/ceaddif_novo/bloco1.html>.

5 Ver *site* disponível em: <<http://cassianegospel.musicblog.com.br/147478/CASSIANE-E-PRIMEIRA-PASTORA-DA-ASSEMBLEIA-DE-DEUS/>>.

assembleiana, sendo visto com reservas entre as lideranças nacionais majoritariamente masculinas.

Nas orientações da cúpula da Convenção Geral das Assembleias de Deus do Brasil (CGADB) em relação às atividades religiosas que podem ser exercidas pela membresia feminina, destaca-se o ofício da missionária.

[...] a mulher cristã, quando separada para o trabalho missionário, pode portar documento comprobatório como missionária, mas não como ministro do Evangelho, seja como evangelista ou como pastor, isso porque não concordamos com qualquer tipo de consagração de mulheres, por não encontrarmos base bíblica para isso. (ARAÚJO, 2004, p. 491)

Ainda sobre a resolução, a orientação às filiais das ADs é incisiva: mesmo na condição de missionária — é necessário demonstrar às autoridades locais da igreja, a certificação do seu ofício religioso — a resolução institucional da CGADB proíbe a consagração de mulheres para o exercício pastoral e da atividade de evangelista (um ofício religioso masculino comum nas ADs). Embora a conclusão dos convencencionistas da CGADB de justificar a decisão apelando para uma ausência de “base bíblica”, e assim aludir a uma verdade divina que deve ser admitida pelos fiéis, na prática, sempre existiu um hiato entre as resoluções da cúpula da denominação e o modo como a membresia local desenvolve suas práticas religiosas.

Os cultos de ministração feminina, por exemplo, demonstram o quanto a religiosidade assembleiana segue uma lógica que destoa das resoluções da cúpula da organização religiosa. Essas mulheres que se reconhecem divinamente chamadas para uma missão ou ministério exercem o seu ofício porque se consideram ungidas pelo Espírito Santo. Ter a “unção de poder”, o “chamado”, já são elementos suficientes para que a membresia local considere essas mulheres como chamadas por Deus. Percebe-se, porém, que mesmo sendo um culto de ministração feminina, o controle da ala masculina

da igreja ainda é visível, principalmente no tocante a certos rituais – a imprecação da bênção final (a oração final do culto), a preleção ou sermão do culto (em alguns templos assembleianos continua sendo uma atribuição exclusivamente masculina) e o ritual das ordenanças (batismo e ceia). Acrescente-se, também, que os cultos das missionárias são realizados diurnamente, uma ou duas vezes por semana, exceto aos domingos quando as autoridades masculinas regem as atividades do culto.

O CULTO DAS MISSIONÁRIAS: CORPOS, GESTOS, MOVIMENTOS E PALAVRAS

O culto é uma ação que se desenrola metricamente, a partir de um eixo temporal, perfazendo a lógica: começo, meio e fim. O culto, às vezes, pode seguir uma intencionalidade de quem o organiza, marcado por um ritmo bem calculado, com momentos próprios para cantar (louvar), orar, recitar, dançar etc. Nos cultos das missionárias, porém, esse suposto cálculo praticamente inexistente, e a naturalidade das expressões das ministras e do público demonstram uma forma singular de experienciar o divino através do corpo. O sociólogo André Corten (1996), não atentando para a diversidade dos cultos pentecostais, rotulou-os de “anárquicos”, em razão da ênfase à “palavra livre”, ou seja, de uma “participação plural da palavra”. Não considero os cultos pentecostais anárquicos ainda que, como constatei nos cultos das missionárias, não haja uma programação meticulosamente calculada da homilia do culto, algo naturalmente comum nas igrejas do protestantismo histórico cujos cultos são previsíveis, seguindo uma rotina conhecida antecipadamente pela membresia através de boletins dominicais. Não é raro, e não foram poucas às vezes em que ouvi durante as observações de campo a expressão o “Espírito Santo tomar a direção” ou “ter a direção”. Isso significa também uma previsibilidade: eles esperam o Espírito

Santo direcionar a programação do culto. Há, portanto, a expectativa de que Deus vai operar mesmo que a resposta divina não transcorra no ato do culto — benção material, conversão de um convidado presente, uma cura etc. — porque para o crente pentecostal “a palavra de Deus não volta vazia”.⁶ O milagre, a benção, a cura e a presença do divino experienciados pelos membros são elementos que compõem o roteiro de um culto essencialmente performático, sem a solenidade marcante das igrejas não pentecostais. Desta forma, o culto possui uma ordem intuitiva, que nem sempre se adota o modelo a seguir descrito: inicia-se o culto com uma oração inicial; seguem-se alguns minutos para convidados (membros da igreja ou visitantes conhecidos de outras igrejas) exporem seus testemunhos ou realizar pequenos sermões; momentos para cantores divulgarem seus CDs; recolhimento de ofertas; o sermão da missionária e geralmente suas revelações finais; e, por fim, a despedida com uma oração final geralmente realizada por um pastor, evangelista ou diácono (uma prerrogativa masculina na maioria das igrejas assembleianas).

O culto também é um espaço simbólico onde a membresia, o convidado, Deus, Jesus, Espírito Santo, anjos, demônios, as ministras e outros tantos participam. É um espaço dialógico onde o participante do culto compartilha sua fé, conversa com as divindades (benignas e malignas) e convidados. Nesse espaço, as divindades são sentidas: Deus fala aos ouvidos da missionária, anjos passeiam e operam sobre o corpo, pessoas são possuídas por demônios os quais são imediatamente expulsos pelas ministras em completa sensação de êxtase e experiência corporal.

O culto é o lugar de encontro com o divino onde “Deus”, “Jesus” e o “Espírito Santo”, a trindade divina cristã, são invocados

6 Expressão corriqueira entre os evangélicos cuja origem está no texto bíblico de Isaías capítulo 55, versículo 11 “[...] assim será a palavra que sair da minha boca; ela não voltará para mim vazia; antes fará o que me apraz e prosperará naquilo para que a envie”. (ISAÍAS, 2013)

e experienciados. É quando a deidade, o “Grande Outro”, conforme a tradução lacaniana de Žižek (2010), manifesta-se, completando a ordem simbólica que se consolida no ato do culto. As deidades são perceptíveis quando os fiéis emanam a presença delas nos gestos, no ato da louvação, na glossolalia e em outras performances corporais.

Estar presente no culto das missionárias significa vivenciar uma experiência corporal. Sentir-se “tocado pelo Espírito Santo” ou, simplesmente, sentir “a operação de Deus”, são expressões corriqueiras e servem para demonstrar que o cultuador está sendo, de alguma maneira, estimulado pela ministra a ter uma experiência sensível com o divino. Quem está no templo não pode ser um mero expectador: é necessário sentir, ser tocado, ser afetado pela presença de Deus. Ser participante do culto, ou tornar-se um cultuador, é um componente essencial para quem deseja sair do templo assembleiano devidamente recompensado.

Em observações realizadas em um templo assembleiano localizado em um bairro popular de Salvador, a missionária Lúcia⁷ ministra seu culto matinal regularmente às terças-feiras, junto com suas assistentes e um corpo de músicos. O culto da missionária Lúcia é bastante conhecido no meio evangélico, sendo uma das ministras que possui uma logística bem organizada a qual inclui um *webdesigner* para o *site* particular da missionária, contendo sua agenda de eventos, uma equipe de vendas de CDs e DVDs (respectivamente áudio e imagens de sermões e cultos), cantores e cantoras que a seguem para divulgação dos seus trabalhos e pastores que eventualmente são convidados para ministrar pequenos sermões. O culto atrai crentes de outras denominações e diversos tipos de assembleianos provenientes de outros bairros e cidades.

O culto segue uma dinâmica caracterizada por orações, cânticos e brados de glórias e aleluias. A missionária Lucia recebe frequente-

7 Algumas missionárias receberam nomes fictícios preservando, portanto, o anonimato das mesmas.

mente pedidos de oração do público, através das assistentes, os quais são encaminhados em pedaços de papel para as mãos da missionária que os guarda momentaneamente para serem oferecidos a Deus na parte final da programação. A missionária tem o pleno controle da situação, apesar de o culto não ter a mesma formalidade dos cultos dominicais, de caráter mais institucional e com a presença masculinizada de pastores e evangelistas.

A glossolalia, ou seja, o “falar em línguas”, é um componente que acompanha a sua preleção durante todo culto, que se verbaliza entre afirmações e conclusões imperativas que evocam o poder de Deus e de Jesus. Esse componente, que é um dos dogmas da AD,⁸ é a prova de que a pessoa foi batizada no Espírito Santo. Portanto, o “falar em outras línguas”, como o próprio dogma descreve, na presença de seus pares de fé, sinaliza que aquele crente tem a prova incontestada da presença do Espírito Santo em sua vida. Por isso, não é raro ouvir o “falar em línguas” em ações de cura, expulsão de demônios e no ato de louvar. Ele sempre está presente como signo real da presença da deidade na vida do crente.

Outro componente é a louvação, um dos momentos mais performativos do culto, quando o clima do fervor pentecostal se torna mais abundante. Nesse período — pode ocorrer em quase todas as fases, porém, é mais alongado no período final do culto — pessoas se contorciam, outras rodopiavam e falavam “línguas” entre palmas, pulos e gritos. Tudo se seguia durante o cântico e terminava após a sua execução. Era possível também assistir a pequenos rituais que eram realizados por pessoas em transe, ministrando, com as mãos sobre a cabeça do amigo ou do desconhecido ao lado, uma oração de libertação e cura ao pé do ouvido.

As letras e os ritmos das canções oferecem, portanto, o enredo para as experiências corporais e gestuais com o divino. Valendo-

8 Sobre os dogmas da AD, ver o *site* da organização. Disponível em: <<http://www.assembleia.org.br/site/em-que-cremos/>>.

me das palavras de Csordas (2008) no seu estudo sobre os católicos carismáticos, há uma espécie de “amplificação mimética” que se expressa na missionária e no público constituído de crentes das ADs e também de outras igrejas pentecostais. Cantar, por exemplo, ao som de “Apenas um toque” (BLUM, 2004), uma música que alude ao texto bíblico da “mulher do fluxo de sangue” quando esta é milagrosamente curada pelo simples toque nas vestimentas de Cristo, pode estimular o público a tocar na pessoa enferma presente com imprecações de cura. (MATEUS, 2013) Músicas que narram batalhas e lutas contra o inimigo (demônios e o próprio diabo) podem propiciar situações de exorcismo, como já presenciei em cultos ministrados por missionárias.

As revelações proféticas da missionária Lúcia ocorrem durante o culto e, especialmente, no seu momento derradeiro. As revelações antecipam o parecer de um exame médico, um tratamento para engravidar, o resultado da entrevista de um emprego, uma morte possível de ocorrer, causas judiciais — ouvi muitos testemunhos de causas trabalhistas — ou de uma graça material ansiosamente esperada. As mensagens proféticas de Lúcia se destinam a dois alvos: o individual (o crente ou o descrente) e o coletivo (a igreja). As revelações tanto pessoais e coletivas ocorrem normalmente no decorrer do culto: se for destinada a uma pessoa, a missionária imediatamente afasta o microfone, chama o indivíduo à frente, e comunica a revelação de Deus ao “pé do ouvido” entre gestos de orações e súplicas; quando são destinadas ao público presente, geralmente entendido como a “igreja”, são narradas em tom de gravidade e exortação, e aludem para a infidelidade dos crentes (pouca oração e busca pela santidade).

No culto da missionária Jucélia, também da AD de outro bairro de Salvador, não havia essa preocupação. Ela apontava para um e para outro, mencionando doenças que determinadas pessoas haveriam de ter, da estéril mulher que brevemente seria abençoada com a gravidez, de um ou de outro rapaz que lograria um emprego

ou aprovação em concurso público. A missionária Jucélia também libera orações de cura às quais as pessoas que recebem imediatamente caem ao chão — há o apoio de obreiros(as) que além de evitarem a queda dos fiéis portam lençóis (as obreiras) com o propósito de cobrir as mulheres vestidas de saia e/ou com decotes mais acen- tuados e, enquanto permanecem deitadas, passam por uma espécie de “operação de cura” que, segundo a missionária, é realizada pe- los anjos. Ninguém pode tocar nos “deitados” enquanto os anjos não terminarem a operação. Acredita-se, portanto, que qualquer ação humana pode interferir na ação dos anjos sobre os “pacientes”.

Os milagres de cura podem ocorrer durante campanhas men- sais cujos membros são desafiados a percorrer um círculo de quatro semanas para lograrem uma benção. Na Igreja Pentecostal Assem- bléia de Deus Ministério Restauração (IPADMR), a União Feminina — um departamento constituído pelo corpo de mulheres da igreja — se reúne todas as quartas-feiras do mês para jejum e oração. A sede da igreja, localizada na região central de Porto Alegre (RS), recebe durante o dia um grande número de pessoas — majoritaria- mente mulheres — que vão ao templo participar do culto organiza- do pela União Feminina, conhecido também pelo nome de “culto de milagres”. As mulheres passam a manhã inteira orando e jejuando, a maioria apoiada sobre os assentos do templo, ou em pé, ou cami- nhando em círculos no interior da igreja. As orações são penitentes e longas: algumas mulheres passam entre uma ou duas horas apoiadas sobre as cadeiras, e só se levantam quando o horário do culto público do meio-dia se aproxima.

Após o culto do meio-dia, ministrado às quartas-feiras pela União Feminina, as mulheres que permanecem no templo voltam às ora- ções pessoais até às 15h00 quando finalmente o “culto de milagres” inicia-se, encerrando-se às 17h00. Durante o “culto de milagres”, são ouvidos testemunhos de cura — alguns são escritos e passados às dirigentes — através de mulheres que perfizeram o círculo mensal das quartas-feiras e lograram as bênçãos de cura.

A cura pode ocorrer entre os círculos da quarta-feira ou após o período. A mulher que testemunhou, por exemplo, na nave da igreja a cura de suas dores de cabeça e as constantes quedas de cabelo, dedica a cura milagrosa à frequência na campanha das quartas-feiras quando, em seu momento de oração na igreja, decidida a sair curada naquele dia — antes havia até instado o esposo a tomar conta da filha para dedicar-se exclusivamente à oração — sentiu um “líquido gelado saindo de sua cabeça”. Sem perceber, segundo ela, que aquela sensação era o sinal da cura de seus problemas de saúde, ela continuou a agendar uma ressonância magnética e outros exames para obter o diagnóstico de suas dores de cabeça. Mas, passado alguns dias, quando a filha casualmente solicitou-a para pentear o seu comprido cabelo, após alguns penteados a criança alertou-lhe que não havia mais um fio sequer preso ao pente. Ao constatar este fato junto ao esposo — a situação anterior lhe causava pavor e constrangimento ao perceber que estava perdendo cabelo — concluiu que não havia mais sentido dores de cabeça desde o último “culto de milagres”. Ela chegou a perceber, portanto, que havia pecado porque duvidou⁹ da cura milagrosa ao insistir na marcação dos exames médicos. Por essa razão, decidiu resolutamente cancelar a agenda dos exames.

Dentre as atividades da União Feminina, cuja superintendente é a esposa do pastor presidente da IPADMR, há os núcleos de oração que estão distribuídos entre as congregações e subcongregações (espaços provisórios em estágio embrionário de organização) da igreja pentecostal, espalhados em Porto Alegre. Testemunhar uma cura é um expediente obrigatório nas programações da União Feminina, seja no “Culto dos Milagres” ou nos “Núcleos de

9 Para a maioria dos evangélicos, especialmente os pentecostais, a ação precedida de dúvida torna-se pecado. Essa percepção é baseada na referência à carta paulina de Romanos, capítulo 14, versículo 23: “Mas aquele que tem dúvidas, se come, está condenado, porque não come por fé; e tudo o que não é de fé é pecado”. (ROMANOS, 2013)

Oração”. Alguns desses preenchem as páginas da gazeta *Restauração*, uma publicação informativa da IPADMR, principalmente nas seções assinadas pelas dirigentes da União Feminina. Os testemunhos das fiéis narrados no púlpito da igreja e nos cultos dos núcleos de oração incluem, no ritual, dias seguidos de jejum e oração. Os testemunhos geralmente apresentam sinais perceptíveis como prova de uma cura ou graça alcançada como a narrativa descrita na gazeta *Restauração* (RAMO..., 2013, p. 8) quando a testemunhante descreve que ouviu “[...] a voz de Deus numa brisa suave”.

CONCLUSÃO

O corpo, para a mulher pentecostal, é o *habitat* do Espírito Santo, e é na comunicação com essa deidade — ouvindo-a, conversando-a ou, simplesmente, sentindo-a — que as mulheres conquistam o seu espaço na denominação religiosa. O corpo, porém, é imerso e moldado segundo a semântica da experiência religiosa admitida pela membresia (a comunidade religiosa), e expõe também os constrangimentos que a doença provoca ao impedir o crente, especialmente mulheres, de atender os signos da identidade feminina incorporados pela comunidade religiosa — cabelos alongados, casamento, maternidade e o pudor. Para a mulher gaúcha que estava sofrendo de problemas no couro cabeludo e de fortes dores de cabeça, a possibilidade de não possuir mais os longos cabelos que orlam a sua cintura sinalizam não somente o medo de uma doença — e de uma possível morte — mas também o constrangimento de perder o símbolo que caracteriza o perfil de mulher ensejado pela instituição: os cabelos compridos. Por outro lado, para as missionárias de Salvador, estar no culto já é um motivo para receber do divino um aviso, uma benção de Deus. É preciso, porém, que esse desejo se manifeste em *performances* glossolálicas, dançantes e gestuais. Sentir a

deidade é a tônica que rege os “cultos das maravilhas” que ocorrem em alguns templos soteropolitanos da AD.

A cura, portanto, não apenas resolve os problemas de ordem física, mas reinsere o crente no ideal de vida cristã proposto pela instituição. Por outro lado, os testemunhos revelam os percursos de sucesso realizados pelos fiéis na busca pela graça desejada, que servem de exemplos para outros crentes que se encontram em situações de doença e problemas de outra natureza. Estar doente pode sinalizar uma falta de fé, uma provação de Deus e um sintoma de esfriamento espiritual, mas, geralmente, a receita do sucesso está no simbolismo da “mortificação do corpo” (o jejum), das orações penitentes e alongadas ou, simplesmente, de estar presente e deixar se sentir movido pelo Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. *100 mulheres que fizeram a história das Assembleias de Deus no Brasil*. Rio de Janeiro: CPAD, 2011.

ARAÚJO, I. *História da convenção geral das Assembleias de Deus no Brasil*. Rio de Janeiro: CPAD, 2004.

ASSEMBLEIAS DE DEUS ONLINE. *Em que cremos*. Campinas, SP, ©2013. Disponível em: <<http://www.assembleia.org.br/site/em-que-cremos>>. Acesso: 3 jan. 2013.

BÍBLIA. Português. *Sociedade Bíblica do Brasil*. Barueri, SP, 2013. Disponível em: <<http://www.sbb.org.br>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

BLUM, F. Apenas um toque. In: BLUM, F. *Apenas um toque: ao vivo*. Rio de Janeiro: MK, 2004. 1 disco sono, faixa 4, (7 min).

CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo: o pentecostalismo no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

CSORDAS, T. *Corpo, significado e cura*. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2008.

HERVIEU-LÉGER, D. *O peregrino e convertido: a religião em movimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ISAÍAS. Português. In: *Sociedade Bíblica do Brasil*. Barueri, SP, 2013. Capítulo 55. Versículo 11. Disponível em: <<http://www.sbb.org.br/interna.asp?areaID=71>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

MATEUS. Português. In: *Bíblia Sagrada*. Barueri, SP: *Sociedade Bíblica do Brasil*, 2013. Cap. 9. Disponível em: <<http://www.sbb.org.br/interna.asp?areaID=71>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

MUSICBLOG. *Cassiane a primeira pastora da Assembleia de Deus*. [S.l.], 26 abr. 2009. Disponível em: <<http://cassianegospel.musicblog.com.br/147478/CASSIANE-E-PRIMEIRA>>. Acesso: 3 jan. 2013.

RAMO da Videira. *Jornal Restauração*, Porto Alegre, n. 56, out. 2013. (Órgão de informação da Igreja Pentecostal Assembleia de Deus – Ministério Restauração).

ROMANOS. Português. In: *Bíblia Sagrada*. Barueri : *Sociedade Bíblica do Brasil*, SP, 2013. Disponível em: <<http://www.sbb.org.br/interna.asp?areaID=71>>. Acesso em: 3 jan. 2013. Capítulo 14. Versículo 23.

ŽIŽEK, S. *Como ler Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

A roda de crack: cultura material, corporalidade, padrões e rituais de uso na região central da cidade de São Paulo

Ygor Diego Delgado Alves

INTRODUÇÃO

A partir dos dados coletados em pesquisa participante entre usuários de crack da região central da cidade de São Paulo, pretendo analisar como o uso do crack proporcionou a criação de uma rica parafernália, composta por ferramentas e utensílios dos mais variados, para a obtenção do melhor “trago” possível. Estes artefatos não humanos possuem agência própria na rede social e podem ser acompanhados na prática, nas ocasiões em que são trocados, compartilhados, vendidos, desmontados e refeitos em sua mediação com o corpo.

Os objetos produzidos pelo gênio craqueiro serão contextualizados em práticas e representações produzidas no intercâmbio das coisas com pessoas em interação. Trata-se de corpos agenciando objetos e vice-versa em uma rede cuja tessitura é capaz de provocar constantes transformações.

MAQUINÁRIO E O CACHIMBO

Maquinário é a categoria nativa para designar a parafernália utilizada no consumo do bloco, ou pedra de crack. O cachimbo é o principal artefato deste conjunto, um mediador por excelência e a maior realização artesanal do gênio craqueiro. Na *webpage* da Confraria dos Amigos do Cachimbo a descrição do ato de fumar assim aparece:

[Fumar cachimbo é adaptar um ritual ocioso de descontração e prazer, que requer atenção, destreza e conhecimento. Talvez seja esta a razão que leva a generalidade das pessoas associe [sic] o cachimbo a pessoas nobres e profissionais.” (CASTRO, [20__])

Veremos como o cachimbo de fumar crack, ou Boris também faz jus a estas observações, principalmente com respeito à atenção, destreza e conhecimento. Então vejamos:

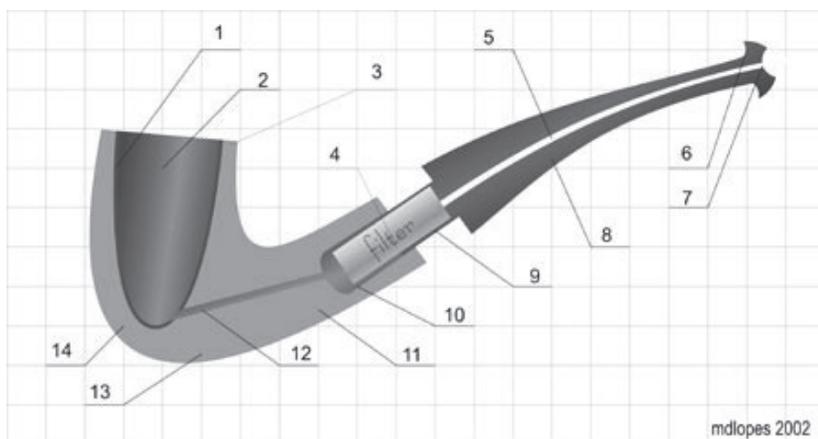


FIGURA 1: Anatomia do cachimbo

Fonte: Castro [20--].¹

1 Disponível em: <http://www.amigosdocachimbo.com.br/artigos/art_cachimbo_fumar.htm>.

1. “Bolo”	8. Haste
2. Câmara do forninho	9. Encaixe da haste
3. Topo	10. Câmara de condensados
4. Filtro	11. Pescoço do forninho - haste
5. Canal de ar da haste	12. Canal de ar do forninho
6. Lábios da boquilha	13. Base
7. Boquilha	14. Forninho

QUADRO 1: Partes constitutivas do cachimbo

Fonte: Adaptado pelo autor de Castro ([20--]).

O diagrama acima e a tabela com as partes constitutivas do cachimbo feito para se fumar tabaco nos permitirá comparar este com o Boris ou cachimbo de crack e possibilitará sua análise a partir de suas partes constitutivas. O crack pode ser fumado de diversas maneiras, em latas dobradas e perfuradas, em copos de água mineral descartáveis sobre furo na tampa de alumínio, em copos de Yakult com o mesmo furo na tampa e um caninho, em cotovelos de tubulação de PVC, em lâmpadas, narguilés e certamente outras materialidades desenvolvidas a partir de experimentações desestabilizadoras. Porém, em São Paulo, o cachimbo é o instrumento mais utilizado. Fumar em cachimbo não é uma invenção dos craqueiros, mas costume muito difundido desde o consumo do pito de pango em maricas. (ALVES, 1998) Assim, utilizaremos o cachimbo curvo de fumar tabaco para comparar, em seus elementos constitutivos e práticas de manuseio, com o cachimbo mais comum encontrado por nós, dedicado ao uso do crack. Esta comparação irá mostrar continuidades entre as práticas e mesmo entre as representações sobre este costume, e nos fornecerá alguns parâmetros para conhecermos de que matéria o social está sendo feito. (CALLON, 2008) O cachimbo, ou Boris é, na maioria das vezes, arranjado todo em metal. A haste e seu encaixe costumam ser uma mesma peça, o caninho. O encaixe se adapta comumente de modo direto ao forninho, sem a necessidade de um pescoço que sirva de ligação entre os dois. Isto proporciona a passagem direta da fumaça que se pretende sorver, do forninho

à haste. O Boris não costuma ser curvo, mas direito, termo usado pelos usuários de tabaco para referirem-se aos cachimbos retos, aqueles no qual o conjunto da haste forma um ângulo reto com o forninho. Isso facilita a retirada dos restos de tabaco e saliva que possam impregnar seu interior. O cachimbo de fumar tabaco existe previamente ao de consumir crack, porém, é possível que sempre estivesse presente como ideia (LAW, 1992) na rede social que inclui todos os materiais relacionados ao uso. Em um processo dinâmico de estabilizações e desestabilizações na relação entre estes objetos e os usuários, o copo é substituído e o caninho acrescentado. No entanto, será na rapa que poderemos encontrar o agenciamento capaz de promover o processo de mutação (LATOURET, 2012) acima.

Cachimbo com peça de fogão

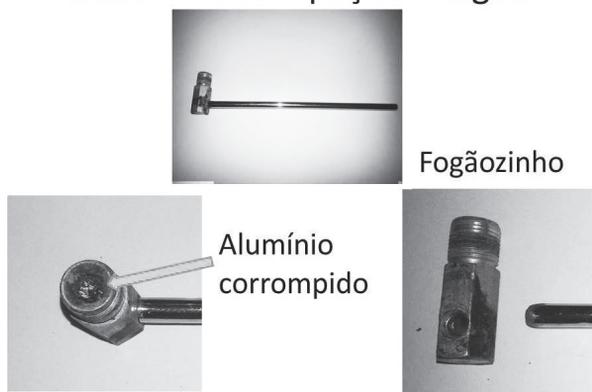


FIGURA 2: Cachimbo com peça de fogão
Fonte: Arquivo particular do autor.

Para os consumidores de tabaco, a borra ou resíduo aderente às paredes da câmara e canal do forninho, assim como ao canal da haste, é algo a ser retirado, para evitar-se o entupimento do sistema, e depois descartado. Para os usuários de crack, a rapa é valiosa, geralmente tida como de poder superior ao bloco (crack). Os lábios da boquilha são do mesmo material da haste, muitas vezes metálico. Isso leva a seu grande aquecimento após o contato reiterado

da chama sob a base do forninho, o que ocorre caso se deseje atochar, ou tochar o cachimbo. Dá-se esse nome ao modo de consumir a rapa sem retirá-la, mas pelo aquecimento do fogãozinho ou forninho e do caninho. Existem usuários com mais de duas décadas de uso constante de crack, sem apresentar as marcas físicas que alguns podem erroneamente considerar como características do uso. Um exemplo são os lábios rachados e com feridas. É perfeitamente possível fumar crack sem provocar este efeito deletério, com práticas simples como usar um caninho longo, ou “buscar longe” e principalmente não tochar com o caninho na boca. O usuário pode obter a rapa do caninho ao esquentá-lo e derramar a rapa derretida sobre uma superfície. Que posteriormente, quando esfriar, poderá ser misturada à cinza ou enrolada com os dedos até formar uma bola e colocada novamente sobre as cinzas do cachimbo. Abaixo, podemos visualizar a rapa em um raríssimo cachimbo de lâmpada.²

Cachimbo de lâmpada

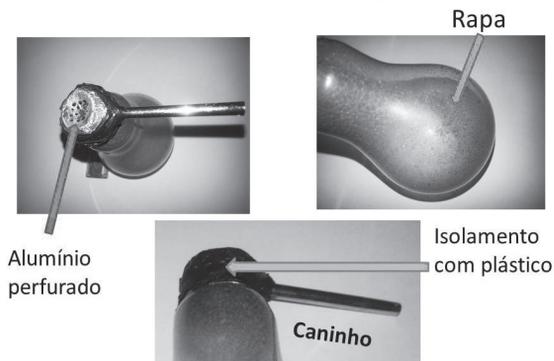


FIGURA 3: Cachimbo de lâmpada

Fonte: Fotos do arquivo particular do autor.

2 Ao se referir às dificuldades do trabalho de redução de danos na Cracolândia, uma autora descreve, erroneamente, a rapa como cinzas, assim como o ato de tochar, que veremos a seguir, é confundido com a mesma rapa. “Por fim, e o que parece ser bem difícil, ainda aconselham os usuários a não fumarem as cinzas que ficam no cachimbo, a chamada *bôrra* ou *tocha*.” (RUI, 2012, p. 88, grifo do autor)

A queima da pedra é feita não no interior do forninho, como no consumo de tabaco, mas em uma inovação feita sobre a tampa da câmara do forninho tradicional, o alumínio. Ele é geralmente proveniente da tampa de copo de água descartável e posteriormente perfurado.³ De um para o outro, podemos sentir uma transformação ativamente manipulada para propósitos específicos. (LATOURE, 2001) Pelos depoimentos, o início do consumo do crack na cidade deu-se em copos de água descartáveis. De modo sintético, o copo tornou-se fogãozinho, o alumínio perfurado foi mantido e acrescentou-se uma haste, ou caninho. Caso o usuário, ou usuários fumassem uma quantidade razoável de pedras, dez, por exemplo, poderiam retirar alguma rapa da tampa de alumínio do copo. E caso usassem água em seu fundo, a rapa boiaria sobre ela e seria retirada em um processo difícil e pouco eficiente. A rapa e o desejo de obtê-la desestabilizou o conjunto copo/cinza/tampa na prática do uso. Até hoje, juntamente com o trago e os outros materiais presentes na rede sociotécnica (CALLON, 2008) do crack, continua a provocar transformações.

Crack e cinza prontos para serem trabalhados com carvão sobre suporte de vidro



FIGURA 4: Crack e cinza prontos para serem trabalhados com cartão sobre suporte de vidro

Fonte: Fotos do arquivo particular do autor.

3 O mesmo copo descartável poderia ainda ser utilizado para o consumo do crack, mas seu uso praticamente desapareceu em São Paulo.

Caso fosse usar a câmara do forninho como local de depósito da substância a ser fumada, o usuário da pedra teria de dispor de grandes quantidades de cinza de cigarro a cada uso. Após se fumar uma quantidade de crack, a cinza utilizada já não serve mais para nova dose e deve ser substituída por cinza nova. O cigarro desta forma é presença indispensável nas rodas de pedra. Novos suprimentos são muito bem recebidos. Mas podem ser muito pouco fumados e não poucos usuários de crack são abstêmios de tabaco. Um cigarro pode ser aceso e, depois de comedido tragado, deixado queimar em posição vertical até que todo o fumo seja transformado na desejada cinza. O uso do crack provoca um deslocamento nos objetivos (LATOURE, 2000) tanto da cinza, que é descartada pelo fumante, mas não pelo usuário, quanto do cigarro deixado queimar solitariamente e da fumaça. Ela terá de contentar-se em se espalhar pelo ambiente adentrando aos pulmões pela inspiração e não pela tragada. Esta mesma cinza, após a queima juntamente com o crack apresentado na forma de pedra ou pó, torna-se esbranquiçada e seu aspecto, alvo após o sorvimento da tragada pelo usuário, é sinal de destreza na prática de fumar. Aqueles capazes de fumar com habilidade também deverão ser competentes em deixar a cinza o mais branco possível, sobre o papel alumínio ou outro material metálico, por vezes levemente côncavo a fazer às vezes de forninho, para não passarem por “frangos” ou neófitos inábeis. A cinza branca indica queima total da pedra lá colocada. Indica destreza e ausência de desperdício. O “frango”, em uma roda de crack, pode ver-se na situação de ser, além de alvo de chacota, o mais solicitado a fortalecer outros participantes da roda. Segundo interlocutores, pode, em casos extremos, ou em rodas com desconhecidos e/ou em biqueiras afastadas de sua “área”, ser roubado e até vítima de sequestro relâmpago, caso aparente ter conta em banco e possua cartão de saque. Assim sendo, como quase todas as nossas relações são mediadas através de objetos (LAW, 1992), a aparência da cinza após a queima da pedra possui agência como signo mediador do prestígio do usuário na roda de crack.

Cachimbo de curvinha com porca



FIGURA 5: Cachimbo de curvinha com porca

Fonte: Fotos do arquivo particular do autor.

O cachimbo acima pode ser considerado o estado da arte em termos de Boris. Destacam-se o caninho e o forninho do tipo curvinha, muito valorizado entre os usuários devido ao cobre utilizado em sua fabricação, capaz de produzir uma rapa branca⁴ e não preta, considerada de menor qualidade em comparação à primeira. Possui porca rosqueada ao forninho e também a uma caneta por onde passa o caninho. Juntamente com um papel alumínio colocado entre o caninho e a parte interna do forninho, promove ampla vedação do sistema e um trago muito agradável.⁵

4 Ao entrar em contato com um usuário de posse de cachimbo “feito de cobre” em sua pesquisa de campo, Rui (2012) ouviu uma explicação de um redutor de danos sobre as vantagens do cobre: “Os redutores disseram-lhe que o cobre é um dos melhores materiais para a confecção do cachimbo: não provoca intoxicação como o alumínio; aguenta o calor, diferentemente do plástico; não quebra como o vidro; mas tem a desvantagem de ser mais caro.” Porém, não parecem ter obtido do usuário informações sobre as vantagens da rapa branca.

5 Após uma tragada, diferentemente do cachimbo para tabaco, no Boris o forninho não serve para colocar fumo, cinza, ou pedra, mas como câmara de gás e lá, a desejada fumaça oriunda da queima da pedra sobre a cinza se concentra após o trago. O objetivo do “chimbó”, outro nome para cachimbo, é permitir a rápida e total queima da pedra para produção da fumaça a ser absorvida após cumprir seu trajeto iniciado no forninho, se estendendo pela haste até a boquilha, pas-

No trago, a fumaça é absorvida no pulmão e pode, posteriormente, ser eliminada tanto pela boca, o mais comum, quanto pelo nariz. Enfim, deseja-se obter fumaça, é ela o bem valorizado no momento do trago. Após este, a boquilha é comumente tampada para evitar-se a perda da fumaça que não pôde ser tragada apesar do esforço feito pelo diafragma e pulmões. O topo da câmara do forninho também se encontra coberto pela cinza requemada no processo de combustão da pedra. A fumaça fica presa dentro do sistema que compõe o chimbó de fumar pedra. É possível sorver com relativa tranquilidade a fumaça aspirada, pode-se respirá-la e, se o usuário quiser ou tiver necessidade, conversar, pedir algo, beber água ou alguma bebida alcoólica de sua preferência, enquanto obstrui firmemente com o polegar, a boquilha, até um derradeiro trago, colocando em seguida o isqueiro aceso novamente sobre o topo do forninho. Após esta repetição, a cinza poderá ser retirada e a boquilha liberada. Se não houver nenhum reparo a fazer no Boris e disponibilidade de pedra, cinza e isqueiro, o processo poderá ser reiniciado quando for conveniente, minimizando-se o desperdício. O corpo do usuário aprende a registrar o mundo acrescido pela materialidade da pedra de crack, a ser afetado em um processo pedagógico aberto a imprevisibilidades e alternativas. (LATOURE, 2008) Veremos mais deste processo a seguir.

No Boris ou “chimbó”, o material condensado no forninho corresponde à parcela daquilo que se intenciona consumir.⁶ Não esque-

sando pela cavidade bucal, faringe, laringe, até atingir a traqueia e se dividir entre os brônquios direito e esquerdo para através destes chegar aos bronquíolos e à corrente sanguínea. Segundo alguns, a confecção destes artefatos, com sua grande riqueza de detalhes é preferencialmente realizada sob a brisa (efeito) do crack, ela aumentaria, nas palavras de um ex-usuário, a sensibilidade artística do artesão.

6 A condensação da fumaça não ocorre em uma câmara separada, como no caso do cachimbo de tabaco, ou seja, entre o pescoço do forninho e o encaixe da haste, dando-se por toda extensão do Boris. Isto faz o material condensado se depositar por toda a haste, além do “bolo” depositado no forninho. No caso

çamos que a superfície do forninho não tem contato direto com a pedra e tampouco com a cinza queimada em outro forninho feito sobre o topo da câmara. Assim sendo, o forninho é integralmente raspado para a retirada da borra condensada. Esta é novamente fumada. Pode ser constantemente misturada à cinza que vai se obtendo na queima de cigarros em um processo de esmagamento da borra colocada em meio a cinza, sobre uma superfície de apoio. O uso de um cartão de visitas presta-se a essa tarefa. Com ele é misturada a borra retirada da haste e forninho, geralmente após o desmonte do conjunto. Tudo é amassado, novamente espalhado e amassado outra vez até que atinja a aparência desejada. Com o cartão levemente arqueado no sentido do lado mais longo, a mistura é colocada com o apoio dos dedos indicador e polegar, para evitar desperdício de material sobre o forninho do “chimbó”, estando assim apto a ser fumado, ou entregue a outro integrante da roda de crack.



FIGURA 6: Preparação do trago

Fonte: Fotos do arquivo particular do autor.

dos cachimbos de madeira utilizados no consumo de tabaco, este bolo deve ser mantido até a espessura de 1,5 mm. Caso cresça demais, reduzirá a capacidade do forninho. Porém, quando retirado, não deverá sê-lo em sua totalidade, já que a presença do bolo é fundamental no uso de cachimbos com forninhos de madeira.

O desmonte do “chimbó” é feito para a retirada da rapa, ou para algum reparo como trocar o isolamento de plástico que possa estar permitindo o escape de fumaça da câmara. Esta retirada requer a soltura do plástico derretido, geralmente grudado à parede externa do forninho, que veda o cachimbo ao prender o alumínio dobrado sobre as laterais da tampa do forninho. Após a retirada da parte derretida, todo o plástico vedante pode ser removido, assim como o metal que tampa o forninho. Este pode ser reparado e/ou raspado para retirada da borra ali grudada que tende a fechar os furos indispensáveis à entrada da fumaça oriunda da queima da pedra com cinza de cigarro. A retirada dessa borra requer um cuidado maior para não danificar o metal, principalmente no caso de um alumínio que se queira reaproveitar. Pode-se usar papel ou o mesmo plástico de vedação para a limpeza. Para a retirada da borra do forninho e haste usa-se material contundente, de espessura suficientemente fina para permitir-lhe alcançar e percorrer todo interior da haste, forninho e encaixe quando houver. Outro item importante do maquinário é o isqueiro, comumente chamado pelo nome da marca Bic, não importando tratar-se de item original ou não.⁷

7 É possível obter um furador, ao romper a chapa por onde sai a chama e curvÁ-la para cima. Fora do uso, este furador pode ser reconduzido de volta à tampa por simples movimento de pressão. Assim, esta parte recortada da chapa é levantada por um movimento do dedo sobre ela, podendo ser utilizada para fazer os buracos necessários no Boris e posteriormente, guardada outra vez. Na maioria das vezes, o furador é um pedaço fino de arame qualquer, ou mesmo o alfinete de um brinco, servindo à finalidade de produzir os furos necessários no cachimbo. Sobre estes furos vai a cinza de cigarro, inclusive ao fumar-se na lata ou no copo. O cigarro é fundamental para o consumo do crack. Isso é socialmente traduzido na figura do “cigarreiro”, pessoa presente nos locais de consumo e responsável por abastecer os usuários com cigarros, vendidos em maços ou a granel, ou mesmo trocados por tragos. Ele é comumente chamado por este nome e, assim, alguém necessitado de seus serviços pode simplesmente gritar “cigarreiro!” e logo este se aproximará com o maço à mão.

Quando produzido no Brasil, o bloco é geralmente obtido a partir do cozimento da pasta base da cocaína, ou giz, com bicarbonato de sódio. Isto pode ser feito, por exemplo, em uma panela de pressão sobre a chama de fogão doméstico ou em uma fogueira numa calçada, ou praça pública. Para aumentar a lucratividade, impurezas podem ser acrescentadas, como farinha ou Maisena. Portanto, existem pedras com diferentes níveis de pureza e os usuários estão muito atentos a isto. Reclamam da má qualidade da pedra de uma “biqueira”, deixam de adquirir em um local e trocam por outro, exaltam a pedra da Cracolândia em detrimento do bloco do bairro e vice-versa, podem comentar ter o bairro o melhor bloco e o centro o pior.

O tamanho da pedra é padronizado em uma cidade ou região. Em São Paulo, ao adquirir-se uma pedra, espera-se obter o suficiente para seis tragos, na cidade de Santos, o dobro. O trago é a unidade de consumo do bloco. Pode significar tanto a quantidade colocada sobre o cachimbo, ou Boris, quanto o ato de fumar.⁸ Alguém, ao favorecer outro usuário, pode referir-se ao pedaço do bloco ofertado como trago, “está aí seu trago” e quem recebeu o pedaço da pedra, ao fumar, poderia observar “agora, vou dar meu trago”. Dar um bom

8 Assim, sua qualidade pode variar com o fornecedor, havendo blocos considerados do tipo A, B ou C. Ou mesmo, com nomes próprios como a “Incrível Hulk”, merecedor deste apelido devido a sua cor esverdeada e alta qualidade. Há também a pedra “à óleo”, feita exclusivamente da parte superior da fervura da pasta base com o bicarbonato e água, sem o acréscimo de impurezas. É um erro considerar o crack, uma espécie de subproduto da cocaína, tanto quanto a feijoada foi há tempos considerada “a sobra” do alimento da Casa-Grande. (BOLAFFI, 2004) A grande quantidade consumida em ambos os casos, não permite a produção por “restos”. Fica aí, mais provavelmente uma questão de classe reforçada ideologicamente no consumo. O crack do pobre e a feijoada do escravo só poderiam ser feitos a partir das sobras do leitão do Senhor e da cocaína dos ricos. Mas não são. O crack é produzido da mesma pasta base da cocaína, fato confirmado por relatos de quem produziu as duas variedades e pela literatura. (ARAUJO, 2012)

trago pode ser considerado o objetivo final do usuário e, para tanto, há de contribuir uma série de fatores tratados a seguir. Porém, mesmo esta unidade, o trago, pode ser repartida. O ato de colocar a boca no orifício do caninho do cachimbo e aspirar a fumaça, enquanto com o Bic aceso queima-se a pedra, pode ser dividido geralmente em dois movimentos. No primeiro, comumente aquece-se previamente o trago colocado sobre a cinza do Boris, antes de iniciar sua aspiração. Com isto, o trago derrete e mistura-se à cinza, formando um todo mais coeso e estável em comparação com o pedaço do bloco solto sobre o alumínio perfurado do cachimbo. Isto permite a movimentação do conjunto para os lados e facilita o contato com a chama evitando a queima dos dedos, particularmente o polegar, caso seja necessário inclinar-se o isqueiro 90° para acender um cachimbo com o fogãozinho postado na vertical. Assim, é possível compreender a existência de usuários habituais de crack que possuem os dedos preservados, sem queimaduras.⁹ Na relação usuário/cachimbo é possível acompanharmos na prática o vínculo entre estes dois atantes (LATOURE, 2008), onde não há mais dominadores (sujeitos) nem dominados (objetos). (LATOURE, 2001) Em que o corpo é posto em movimento e aprende a ser afetado pelas diferenças rapa branca/preta; cinza branca/preta; fogãozinho de cobre/aço; caninho curto/longo; alumínio muito/pouco perfurado e poderíamos listar mais uma gama de outros agentes neste coletivo. (LATOURE, 2012) Após aspirar a primeira vez, pode sobrar parte do trago não consumido sobre a cinza. Este será fumado em nova combustão sob a chama do isqueiro e aspirado. Assim, o trago estará completo. Ao mesmo tempo, entre um movimento e outro, parte da fumaça pode ser preservada, após o trago, no interior do cachimbo, bloqueando-se o caninho com o polegar. Tanto esta fumaça restante

9 Parece-nos que ao invés deste registro: “O constante aquecimento dos cachimbos fere ainda os dedos utilizados para bem posicionar o instrumento durante a tragada.” (RUI, 2012, p. 271) A queima dos dedos deve ser buscada em uma dinâmica relacional mais complexa que a simples mecânica de uso.

no interior do cachimbo quanto o resto de trago não queimado, podem ser dados em favorecimento a alguém. Entra, então, no circuito da “treta”, abordada a seguir.

A RODA DE CRACK

Pessoas, sentadas próximas umas das outras, fumando e interagindo entre si, sob os efeitos excitantes da fumaça inalada, constituem uma prática possivelmente anterior ao surgimento das primeiras civilizações humanas, e ainda presente entre usuários de crack. O cachimbo não passa obrigatoriamente de mão em mão, mas há compartilhamento. Geralmente, cada usuário dispõe de seu cachimbo próprio e este é constantemente aferido, arrumado, consertado, rearranjado e mesmo refeito. É um processo de constante desestabilização e estabilização (LATOURET, 2012) em que o cachimbo de crack trabalha e não trabalha muitas vezes ao dia, por isso não permite ser esquecido. É um não humano avesso à invisibilidade e exige uma constante negociação, um actante em sua relação com o corpo, um mediador por excelência. Como um bloco pode ser dividido em seis tragos em média e como o objetivo da roda é proporcionar a todos um bom trago, dificilmente será fumado na integralidade por um único usuário. Este será possivelmente convidado a favorecer ou mesmo fortalecer alguém. O primeiro termo tem um significado mais brando em relação ao segundo e é mais trivial. Fortalecer alguém seria como fazer-lhe um imenso favor, enquanto ser favorecido significa ser ajudado ou receber algo de valor, porém sem resultar em uma grande dívida ou obrigação. Ao pedir para ser fortalecido por um “vapor” em uma biqueira, um usuário pode dizer: “pode chamar nós até pra carregar caixa eletrônico e pode pá”. Dispõe-se a trabalho perigoso em troca de um grande favor e faz do “vapor” seu credor.

A circulação dos tragos, ou sexta partes do bloco, assim como do material necessário para o reparo dos cachimbos e o consumo

do trago, como cigarro, furador e Bic, fazem parte da “treta”. Nela, além do exposto, entra tudo aquilo passível de ser trocado: vestimenta, calçado, telefones celulares, relógios, água e comida (embora a venda destes dois últimos seja algo muitas vezes mal visto). E, é claro, dinheiro. Um trago pode ser comprado por dois reais ou trocado por uma camisa. Na roda de crack, antigos favorecimentos podem ser lembrados e retribuídos. Vínculos de amizade, relacionamentos amorosos e hierarquias são postos a prova e então confirmados, fortalecidos ou fragilizados e, mesmo, destruídos. A “treta” é um agenciamento constantemente presente na rede social dos usuários, nela diversas materialidades são colocadas em relação e traçam a tessitura das interações.

O *ethos* subjacente a estas práticas tem na “sintonia” seu sentimento positivo norteador e na “radiação”, o negativo. A sintonia é o sentimento de confiança e empatia entre usuários partilhando a mesma droga, o contexto favorável à brisa deleitosa, uma agradável sensação de paz, segurança e comunhão. A radiação é seu inverso. É a discórdia, a desconfiança, o medo. É o efeito de alguma pessoa “meter o louco” ou arrastar outra ou, mesmo, todo um grupo. É a quebra da reciprocidade, o roubo, a traição, o abuso de confiança e o desrespeito. Uma brisa “horrenda, medonha” também tem o poder de trazer radiação. Pode arrastar, contaminar todo um grupo e mesmo gerar aproximação, expor aquelas pessoas, chamar a atenção sobre elas. Neste sentido, a brisa é também *performance* (ALMEIDA; EUGENIO, 2008) e parte constituinte do contexto de uso, como no diálogo abaixo obtido no campo:

Ygor – Cara vem cá, brisa é uma coisa mal vista, né?

Antônio – Aí depende. A brisa, o efeito que ela dá. Tem brisa que você fica, poxa, você acaba roubando a brisa do outro. O que é de prazer, o que é de curtir. Porque você vai ficar preocupado com alguém que vai ficar olhando pra você. Assim, não fica sossegado. Então, o cara que tá curtindo numa boa, acaba tendo a atenção virada pra você.

Ygor – O cara que tá curtindo numa boa, tá brisando também.

Antônio – Claro. A sua brisa é diferente. Acaba sendo medonha, horrenda. Arrasta. ‘O cara arrasta, meu. Você é louco.’ Arrasta, ou seja, muito mal visto. Chama muita gente pra ficar olhando. ‘Fica chamando radiação pra cá’. ‘Aproximação’. ‘Não dá pra fumar com esse cara não. Vamos embora.’ Tem cara que entra dentro dos hotéis e fica de boa lá, assistindo televisão a noite inteira, trocando ideia. Não fica encanado com ninguém. ‘Eu tô pagando essa porra.’ ‘Tô pagando, tô usando a minha droga, não roubei de ninguém.’ ‘Vou ficar aqui de boa, cara.’ [Risos]. ‘Que se foda todo mundo.’

Estas materialidades presentes na rede social do uso de crack e que inclui os diversos saberes juntamente com o bloco, o usuário, a roda de crack, o vapor, cigarreiro, as cinzas, a comida, a água, o alumínio, o plástico, o fogãozinho, o caninho, os lábios, os pulmões, o fôlego, o isqueiro, a chama, o furador, os dedos, a língua que sente o gosto e o aprecia ou não, coração mais ou menos acelerado, todo o sistema nervoso, o barulho das sirenas, a radiação, o estômago, o sono, todos se encontram em relação na rede de atores numa textura de agenciamentos. (LAW, 1992)

Vimos acima como o trago é dado, agora devemos salientar seu aspecto coletivo.¹⁰ Certamente existem situações em que pode ocorrer o uso individual, como quando, no decorrer de uma cami-

10 O proibicionismo e a ilicitude formam o pano de fundo, o dado estrutural fundamental do consumo de crack. Lidar com isso, ser capaz de usar sem medo é condição para a “sintonia” e, objetivamente, para a segurança do grupo desviante. A roda de crack não se encontra alheia do mundo. É parte de seus valores o respeito pelos não usuários. “Olha o anjo” é a frase ouvida na aproximação de uma criança e imediatamente o uso cessa em sinal de respeito. O mesmo ocorre na passagem de qualquer não usuário por perto, por exemplo, um transeunte. Os usuários são conscientes do impacto negativo causado pela sua prática e o evitam, tanto quanto, ou até mais, do que se guardam de serem vistos pela polícia. Não se encontram, portanto, fora de nossa cultura, mas fazendo dela uma leitura divergente. Existem, assim, situações em que agirão dentro daquilo considerado majoritariamente como “normal”, enquanto, em outras, possam adotar comportamentos divergentes. (VELHO, 2013, p. 50)

nhada, o usuário se encontra longe de seu local de permanência mais constante, ou, então, quando ele esteja de posse de uma quantidade de demasiadamente pequena da substância. Porém, o uso em roda, em companhia de “parças”, é o preferencial.¹¹

Para um neófito, aprendiz do uso do crack, o indicador de que está “brisando” pode ser um zumbido no ouvido.¹² Tal sinal corpóreo, tomado como indicador de que o uso está tendo os efeitos desejados, é procurado pelo novo usuário a partir de indicações feitas pelos outros na roda de crack, durante o processo de aprendizado (BECKER, 2008) para identificar efeitos e atribuir a eles uma positividade. Isso é similar ao que ocorre entre usuários de maconha em uma roda de fumo. (MACRAE; SIMÕES, 2000) “*A brisa boa é quando dá um tuim*”. Ao perguntar a um usuário como era sua brisa, obtive a seguinte resposta: “*Depende do lugar e da circunstância*”. A brisa, tida como sensação agradável, depende da sintonia na roda de crack. Outro usuário, cercado por revistas pornográficas em seu barraco e na presença de uma moça jovem e bonita, diz:

Eu uso porque me dá prazer. Se todo mundo tivesse a brisa que eu tenho, o crack não ia valer dez, ia valer trinta... Porque minha vida é boa, entusiasmado pra trabalhar, planejo e executo. E tenho um grande aumento da libido... A minha brisa é a libido.

12 Tanto dentro quanto fora da roda a “treta” é generalizada. Além disso, insumos vindos de fora são frequentemente necessários e bem vindos. Um usuário em uma roda pode chamar a atenção dos vizinhos para suas necessidades e possibilidades de troca. “Quem favorece água? Favoreço cigarro!”. “Cigarreiro!”.

12 É muito comum ouvir a máxima “cada um tem sua brisa”. Assim, esse aspecto idiossincrático da percepção dos efeitos (MACRAE; SIMÕES, 2000) deverá ser considerado em seu contexto social abrangente. A brisa certamente varia, mas esta variação, seja ela qual for, se dá em um contexto de uso. Um usuário, com formação acadêmica e de classe social superior à do comum dos frequentadores de certa biqueira, pode “brisar” ao corrigir reiteradamente os demais participantes da roda de crack. Uma senhora beirando os 60 anos, frequentadora de uma biqueira com fumódromo, quando “brisava”, se levantava e permanecia soturna e estática, com a bolsa sob o braço, como se fora partir.

O mesmo usuário, aliado do contexto de seu barraco, sentirá outro efeito, não será mais o prazeroso descrito acima, mas um suplemento para o corpo fatigado. Mudado o contexto, altera-se o propósito, varia o efeito.

Eu sou uma pessoa ainda presa a situações sociais que me deixam com vergonha, inseguro de fumar numa calçada. 'Não tenho brisa'. Se estiver fumando em uma calçada 'é pra ficar acordado', pra seguir em uma caminhada. 'Não pra poder ter prazer'. Prazer pra mim é estar fumando dentro de um barraco. Lendo uma revista, trocando uma ideia, alisando uma gostosa. Mas, na rua, ou eu tô ali no meu limite. Lembra da agulha vermelha do combustível já acabando? Eu estou na calçada, buscando uma treta pra me manter acordado até o próximo lance, um trabalho, o próximo [...].

O uso no “corre”, como observa o usuário Zezé acima, não é hedonista, mas voltado à produtividade do trabalho, é combustível a ser queimado. Porém, este mesmo corre pode ser considerado como o ritual de obtenção de fundos para a droga.¹³ E como os atores

13 Um ritual absorvente e capaz de proporcionar a aventura de um dia inteiro para quem, de outra forma, poderia estar entediado ou frustrado. (LEARY, 1999, p. 432) Outro usuário nos afirmou que fumar na rua, exposto à presença da polícia e de não usuários, lhe “rouba a brisa”. William Burroughs fala em “tiranóia”, a paranoia capaz de assemelhar todos a tiras. (BURROUGHS, 2013, p. 73) Portanto, para dar-se um trago e obter a “brisa” desejada não é suficiente o importante serviço prestado pelo vapor aos usuários ao proporcionar o bloco em local com condições propícias à “brisa”. É possível, mas isso é considerado um desprazer, dar um trago sem obter os efeitos desejados. Um local pouco apropriado pode tornar a “brisa” difícil ou mesmo impossível. Até uma companhia desagradável coloca em risco o trago. Um Boris mal calibrado, com furos a mais ou a menos no alumínio, pode tornar a tragada inviável a quem esteja sem fôlego devido a longo período de uso ininterrupto, por exemplo. Um plástico mal colocado pode queimar e, assim, contaminar a fumaça inalada e estragar o seu sabor. Um caninho entupido pela rapa, com comprimento ou largura inadequado ao conjunto fogãozinho/alumínio ou uma entrada de ar por fora dos furos do alumínio, assim como tantas outras combinações destes fatores fazem do cachimbo de se fumar crack algo de grande plasticidade. Seus usos

são efeito das redes sociais (LATOURE, 2012), porque não irmos além e considerarmos os “efeitos” do crack, não mais como consequências do uso de uma substância, em um ambiente, dentro de um corpo, mas como efeito da rede. Há uma opinião corrente na academia de que não se consegue colocar em palavras estes “efeitos”, mas ao compartilhar com Latour que “o que não pode ser dito pode ser articulado”. (LATOURE, 2008) Somos convidados a pensar nos “efeitos” também como implicações da rede. A brisa não tem causa na droga, ou em outro agente, mas está em relação com estas materialidades, sendo por elas mediada e transformada no coletivo.

A RODA DE CRACK E A TEORIA DO ATOR REDE (TAR)

A Teoria do Ator Rede (TAR) nos permite atribuir à materialidade dos artefatos a agência própria dos atores, ao provocarem transformações no interior de relações. Assim, não humanos tornam-se mediadores pela sua força de transformação e agência. (LATOURE, 2012) Sem desprezar as pessoas, coube ao pesquisador assumir a heterogeneidade entre humanos e não humanos, e não sua simetria, na rede de relações. As associações entre estes elementos heterogêneos têm no social não seu contexto, a sociedade passa a ser vista como a reunião destes elementos, tendo em vista que as ações são geralmente mediadas por equipamentos. Como vimos acima, não nos detemos apenas nos movimentos dos elementos humanos presentes no campo, mas por um princípio de simetria e negando a dicotomia ontogênica humano/máquina, também à agência dos não humanos presentes no coletivo, principalmente o cachimbo de fumar crack.

e os efeitos provocados são relativos aos diversos estados corporais do usuário, também ao seu estado de alimentação e descanso no momento da tragada. É corpo, contexto social e propósito de uso entrando em relação com uma droga e os meios de administrá-la, e, em conjunto, ajudando a plasmar os efeitos percebidos. (FERNANDEZ, 2007)

Essa produção conjunta do material e do social, ambos parte do coletivo heterogêneo, foram descritas acima, nos modos como estes são produzidos interativa e conjuntamente. Material produzindo social e vice-versa, ambos mediadores, agenciadores e não simples intermediários. Estes últimos transportam significados sem transformá-los “definir o que entra já define o que sai”, mas para os mediadores como o Boris, temos de considerar que:

O que entra neles nunca define exatamente o que sai; sua especificidade precisa ser levada em conta todas as vezes. Os mediadores transformam, traduzem, distorcem o significado e os elementos que supostamente veiculam. (LATOURE, 2012, p. 65)

São, enfim, capazes de afetar. (LATOURE, 2008) Um computador em perfeito funcionamento é um intermediário, porém, ao apresentar algum defeito, torna-se fonte do tipo de incerteza que o pesquisador deve seguir, ou seja, um mediador. Como vimos, o cachimbo de fumar crack é como um computador constantemente quebrado e reajustado para transformar o trago em trago.¹⁴

Em um materialismo relacional, o social é pensado em rede e a causalidade deixa lugar aos efeitos interativos, relacionais, no nosso caso, entre usuários, maquinário,¹⁵ proibicionismo e todo o mais. Neste sentido, agência e estrutura devem ser pensadas em rede (LATOURE, 2012), sempre levando em conta que estamos constantemente na presença de vários atores, mesmo quando solitários, em relações heterogêneas que ultrapassam tempo e espaço. Assim, o proibicionismo estará presente no local mais seguro de uso e o cachimbo mais simples trará consigo as experiências de décadas

14 Vimos que trago pode ser tanto o termo utilizado pode referir-se ao pedaço ou pedaços da pedra de crack que irá se fumar, quanto ao ato de fumar ou “dar um trago”.

15 Maquinário é a categoria êmica para referir-se ao que usualmente se chama de parafernália de uso, porém, é um termo mais apropriado dado sua complexidade como veremos abaixo.

de usuários. Mas, foram nas práticas que pudemos observar de perto como os mediadores fazem a translação e alteram circunstâncias em um resultado sempre inesperado. (LATOURE, 2012) Para cada ocasião, um conjunto surpreendente de elementos humanos e não humanos estão imbricados em agências capazes de produzir transformações, como acabamos de ver, mesmo quando não estão fisicamente presentes, circulam.

Callon (2008) utiliza o termo “agenciamento sociotécnico” para tratar do que ocorre a partir do momento em que se introduz nesses agenciamentos “[...] não só o corpo humano, mas os procedimentos, os textos, as materialidades, as técnicas, os conhecimentos abstratos e os formais etc.” (CALLON, 2008, p. 310) Um esclarece o outro como um conjunto de agências desenredadas aos poucos de um nó. Este desenlace nos permite compreender neste breve texto, como o uso do crack, ao considerar-se a agência do cachimbo, fez do usuário um híbrido.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. I.; EUGENIO, F. Paisagens existenciais e alquimias pragmáticas: uma reflexão comparativa do recurso às “drogas” no contexto da contracultura e nas cenas eletrônicas contemporâneas. In: LABATE, S. B. C. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 383-408.
- ALVES, Y. D. *Um vício deselegante: o preconceito racial e a transformação da maconha em problema público no Brasil*. 1998. 265 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ARAUJO, T. *Almanaque das drogas*. São Paulo: Leya, 2012.
- BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOLAFFI, G. *A saga da comida: receitas e história*. 7. ed. São Paulo: Record, 2004.

BURROUGHS, W. *Junky*. São Paulo: Companhia da Letras, 2013.

CALLON, M. Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 10, n. 19, p. 302-321, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819552013>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

CASTRO, C. A. Artigos: arte de fumar cachimbo. *Amigos do Cachimbo*, [S.l.], [20--]. Disponível em: <http://www.amigosdocachimbo.com.br/artigos/art_cachimbo_fumar.htm>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FERNANDEZ, O. F. R. L. *Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de “cheiradores” de cocaína em São Paulo*. 2007. 345 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

LATOUR, B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. São Paulo: EDUSC, 2001.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre ciência. In: NUNES, R.; ROQUE, J. A. *Objectos impuros: experiências em estudos sobre a Ciência*. Porto: Edições Afrontamento e autores, 2008.

LATOUR, B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: EDUFBA; Bauru: EDUSC, 2012.

LAW, J. *Notes on the theory of Actor-Network: ordering, strategy and heterogeneity*. *Systems Practice*, New York, v. 5, n. 4, 1992.

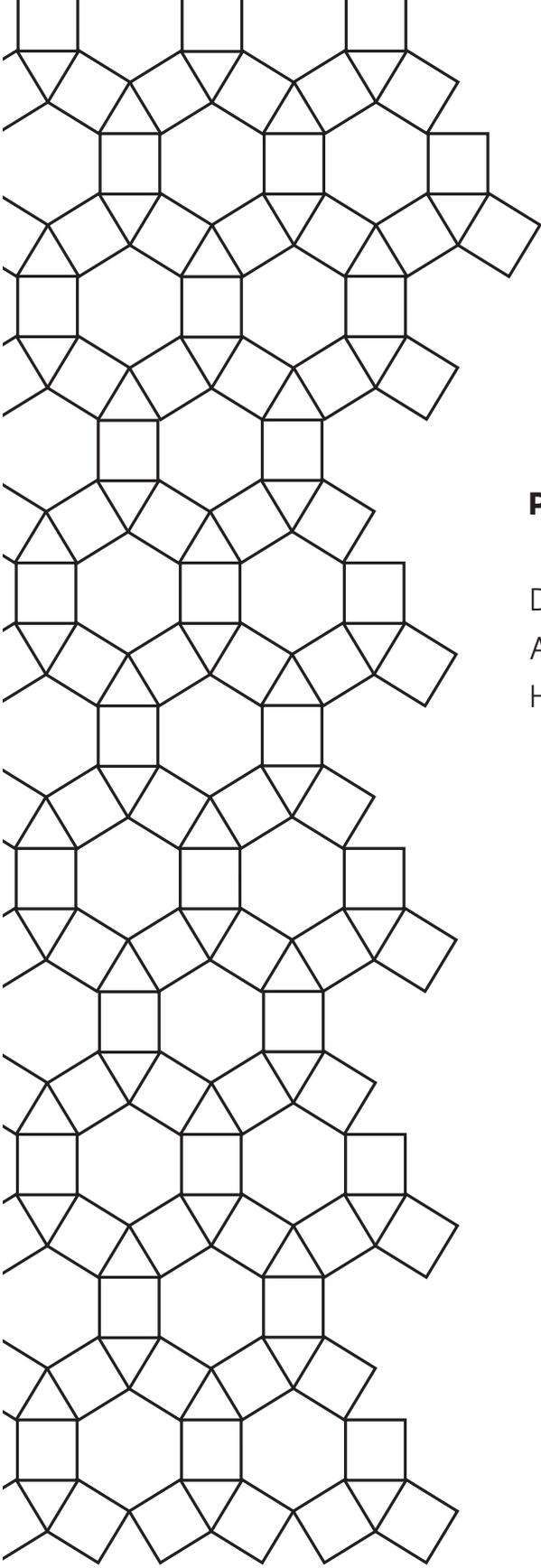
LEARY, T. *Flashbacks “surfando no caos”*: a história pessoal e cultural de uma era: uma autobiografia. São Paulo: Beca Produções Culturais, 1999.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. D. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador: CETAD: EDUFBA, 2000.

RUI, T. C. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. 2012. 335 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Instituto

de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: VELHO, G. *Um antropólogo na cidade: ensaios de antropologia urbana*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. p. 36-51.



PARTE 2

DO CENTRO: TRADUÇÕES
A PARTIR DA MEDICINA
HEGEMÔNICA

Nem lá, nem aqui: as ambiguidades da morte encefálica

Juliana Lopes de Macedo

Daniela Riva Knauth

INTRODUÇÃO

A morte é um fato social na medida em que congrega aspectos físicos, psicológicos e sociais. (DURKHEIM, 2002) Como afirmam vários autores, a morte é um acontecimento universal e irrecusável (ARIÈS, 2003; ELIAS, 2001; MENEZES, 2004; RODRIGUES, 2006; THOMAS, 1993) e, de acordo com Heidegger (1997), o homem é um ser para a morte, a única certeza que podemos ter na vida é que, todos que nascem, morrem.

Além da certeza de que ninguém escapará da morte, há também a certeza de que a maneira de morrer e a forma como este evento é concebido varia de acordo com o tempo e o espaço. (ARIÈS, 2003; MENEZES, 2004; RODRIGUES, 2006; THOMAS, 1993) Assim, Ariès (2003) verificou que a forma de morrer durante a Idade Média é sem dúvida bastante diferente da atual. Neste período da história da humanidade, a morte era um evento anunciado (as pessoas sabiam que iriam morrer, através de sinais naturais ou por “intuição”), e por ser,

anunciada, a morte era um evento organizado pelo próprio moribundo; além disso, a morte deveria ser um evento público.

Na sociedade ocidental atual, não se encara mais a morte com a mesma naturalidade descrita por Ariès. Elias (2001), ocupando-se da morte moderna, afirma que a tendência da nossa sociedade é a crença na imortalidade e o afastamento da ideia de morte. Comparando com outros períodos, hoje apresentamos uma menor taxa de mortalidade e, ao mesmo tempo, um aumento da expectativa de vida em decorrência do avanço da medicina, da prevenção e do tratamento de doenças. Dessa maneira, a vida se tornou mais previsível, o que nos leva à antecipação dos fatos e ao autocontrole. (ELIAS, 2001; THOMAS, 1993) Além disso, ao contrário do que verificou Áries (2003) na Idade Média, hoje a morte passou a ocupar os bastidores da vida social, de acordo com Elias (2001), o alto grau de individualização da sociedade (o que ele denomina de *homo clausus*) determina a visão de morte “escondida”, solitária.

A morte pode ser estudada por diversos ângulos. A partir deste momento, apresentaremos uma perspectiva bastante particular sobre este tema, não trataremos de qualquer tipo de morte, mas de um tipo de morte possibilitada por um contexto social muito específico, que envolve ciência, tecnologia, medicina e modernidade: a morte encefálica.

Considera-se que a morte encefálica ocorre quando o encéfalo não possui nenhuma atividade orgânica, perdendo assim a capacidade de funcionar como um centro integrador das demais funções do corpo. Para se chegar a esta descoberta o conhecimento médico percorreu um longo caminho. Precisou esperar até o final da década de 1950 para que alguns neurologistas concluíssem que existe um tipo de coma que, de tão profundo, se torna irreversível. Mas para que esta descoberta fizesse algum sentido prático, foi necessário aguardar pelos problemas oriundos de outra invenção: o ventilador artificial, que substitui a função respiratória do corpo. A dificuldade que este equipamento coloca para os hospitais é que um paciente — que estaria

morto se este equipamento não existisse – pode permanecer “vivo” por um período indeterminado. Aliada a estas questões, durante a década de 1960, passam a serem desenvolvidas técnicas cirúrgicas mais eficazes para a realização de transplantes de órgãos, e outro problema se coloca: a escassez de órgãos e a má qualidade daqueles que estavam disponíveis (isto porque eram utilizados como doadores pessoas que morriam com parada cardíaca, o que prejudicava a qualidade dos órgãos, além de tornar impossível a utilização do coração). Assim, alguns integrantes da comunidade médica fizeram as contas: coma irreversível somado ao uso do ventilador mecânico resulta em possibilidade de transplantes de órgãos de boa qualidade e na desocupação de leitos hospitalares que poderiam estar sendo usufruídos por pessoas “reversíveis”. Surge então, em 1968, o primeiro protocolo para definir morte encefálica (GIACOMINI, 1997; LOCK, 2000, 2002; WIJDICKS, 2003), que hoje representa uma maneira legitimada (médica e legalmente) para definir morte.

Contudo, a morte encefálica, mesmo sendo um conceito médico-científico, por isso reivindicado como universal, abala as representações mais tradicionais sobre morte, que, do ponto de vista biológico, estão vinculadas ao coração. A morte encefálica é um julgamento médico que considera que alguns pacientes, mesmo mantendo a atividade cardíaca, não têm mais condições de permanecer lutando pela vida, e podem, assim, serem declarados mortos. Mas Margaret Lock (2002) chama atenção que decisões médicas nunca estão isentas de julgamentos morais.

Nesse sentido, pretendemos compreender as concepções sobre morte encefálica entre os médicos envolvidos mais diretamente com esta questão: médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e médicos que fazem parte de equipes de transplantes. Para tanto, foram realizadas onze entrevistas semiestruturadas entre seis médicos que realizam transplante de órgãos e cinco médicos que atuam em UTIs. O trabalho de campo foi realizado em 2007, na cidade de Porto Alegre. No estado do Rio Grande do Sul existem 12

hospitais que realizam cirurgias de transplantes de órgãos; nesta pesquisa nos concentramos em dois dos hospitais mais conceituados nessa prática. Além dos dois hospitais, também realizamos entrevistas entre médicos intensivistas de um hospital de Porto Alegre tido como um dos principais notificadores de morte encefálica do estado.

Antes de apresentar os dados obtidos por meio do trabalho de campo, gostaríamos de fazer uma consideração: a maneira como o “ser” em morte encefálica será denominado ao longo deste trabalho. Durante o campo, percebemos que os informantes ora faziam referência ao “paciente”, “paciente em morte encefálica” ou “pessoa”; ora se referiam ao “morto”, “cadáver”, “doador”. Ao começar a escrita, nos deparamos com o dilema de tratar esse “ser”. Se adotássemos a palavra “paciente” ou “pessoa”, estaríamos assumindo que esse “ser” não está (totalmente) morto. Porém, se utilizássemos as palavras “morto” ou “cadáver”, estaríamos assumindo que não há mais vida nenhuma nesse “ser”. Numa tentativa de resolver o problema, de nominar o inominável, adotamos o conceito de cadáver-vivo de Margaret Lock (2000, 2002). Além da definição se encaixar à imagem do “ser” em morte encefálica, o termo nos parece o mais neutro a ser utilizado, já que ele não pressupõe o status de vivo nem o de morto a esse “ser”, pelo contrário, remete à ideia de meio-termo, de ambiguidade.

A MORTE E AS MORTES – DEFININDO VERDADES

Entre os seis transplantadores entrevistados, cinco definem morte como sendo a morte encefálica, porque eles entendem que o cérebro é o órgão central na articulação dos demais sistemas biológicos do corpo e, assim, o não funcionamento do cérebro levará à parada de todos os demais órgãos. Além disso, eles julgam que, ao contrário de uma parada cardíaca, por exemplo, a morte encefálica é invariavelmente irreversível. Entretanto, o mesmo não ocorre en-

tre os intensivistas. Estes apresentaram um leque maior de opções para definir morte. Assim, enquanto para dois intensivistas a morte é o equivalente à morte encefálica, para outros ela pode ser definida como a cessação de toda e qualquer atividade biológica (o que não se aplicaria à morte encefálica), a parada cardíaca (considerada como a “morte natural”) e a perda da autonomia, da vontade e da personalidade (ideia que poderia ser estendida até para pacientes em coma ou em estado vegetativo).

A questão da autonomia do indivíduo foi bastante importante para definir vida e morte:

É, para mim precisaria menos do que isso. Se eu tivesse uma seqüela muito grave – não morte cerebral [...] mas, um estado vegetativo persistente, muito significativo – eu me consideraria morto, e gostaria que os meus familiares me considerassem assim. (Matheus, médico intensivista)

Assim, para estar vivo precisar-se-ia ser uma pessoa, um ser dotado de individualidade, vontade própria, autonomia, alguém que não possui esses quesitos perde sua humanidade, passa a ser um corpo, um organismo biológico simplesmente; dessa maneira, teria vida da mesma forma que uma planta tem, mas não teria mais vida humana. No conjunto geral das entrevistas, foi muito frequente ouvir que morte encefálica corresponde à morte, mas não representa a morte biológica do corpo. A morte seria então o fim da pessoa, do ser consciente, dotado de razão, vontade e ação. Segundo Dumont (1985), o indivíduo na sociedade ocidental é uma entidade dotada de independência, autonomia e racionalidade. A morte corresponderia, então, a “não pessoa”, e como as características necessárias para uma pessoa ser considerada uma “pessoa viva” são reguladas pelo cérebro, a morte cerebral representaria o fim da pessoa, mas, conceitualmente, isso também poderia ser estendido para qualquer outro dano cerebral que torne a pessoa inconsciente e incapaz de expressar a sua racionalidade.

Chama atenção que, mesmo sendo considerada a maneira legítima para definir morte, a morte encefálica é concebida pelos médicos de equipes de transplantes como uma “morte técnica”, fato que é explicitado na seguinte fala:

[...] eu sou muito técnica nas minhas avaliações, e acho que morte – até para quem trabalha com transplante – tem que estar ligada à perda de controle cerebral; uma das funções [...] das funções básicas, então. Eu trabalho muito com o conceito de morte encefálica, vamos dizer assim, para definir o que é que é morte para mim; se não até fica complicado eu trabalhar com transplante e não estender isso para o meu dia-a-dia. (Roberta, cardiologista, equipe de transplante cardíaco)

Esta fala é exemplar para compreender algo que perpassa as demais entrevistas entre médicos transplantadores, ou seja, revela que a importância da morte encefálica está relacionada à prática profissional dos informantes, já que um médico que trabalha em uma equipe de transplantes precisa acreditar no conceito de morte encefálica para realizar o seu trabalho. Chama atenção também a ênfase dada à “morte técnica”, demonstrando certa ambiguidade sobre a morte encefálica. Em outras palavras: na prática profissional, a morte encefálica é um bom conceito para definir morte, e, além disso, é necessária para se trabalhar em uma equipe transplantadora, mas, para a vida pessoal, nem tanto. Tanto é que, quando perguntada sobre qual é a hora da morte que consta no atestado de óbito do doador (se seria o momento da constatação de morte encefálica ou o momento da remoção do coração), essa informante afirma, sem titubear, que é o momento da retirada do coração. É interessante notar a importância que ainda é atribuída ao coração. Tanto médicos transplantadores como intensivistas afirmaram que o momento da morte “de fato” é o momento da parada cardíaca, essa seria a morte definitiva e natural, opondo-se, como eles mesmos dizem, à “morte técnica”, que seria a morte encefálica.

O caráter técnico da morte encefálica está também presente no discurso dos intensivistas, mas com um enfoque diferenciado daquele apresentado pelos transplantadores. Esta ideia é apresentada pelos intensivistas, principalmente quando é narrado o surgimento do conceito de morte encefálica. Alguns intensivistas entrevistados acreditam que a morte encefálica seja fruto da própria UTI e do desenvolvimento tecnológico atrelado a ela. Eles referem que a possibilidade para a conceituação desse tipo de morte foi criada com o advento da ventilação mecânica, ao mesmo tempo em que só passou a existir UTI com a criação desse equipamento. Outra questão abordada apenas pelos intensivistas foi a variação dos conceitos e concepções acerca da morte encefálica, variações que eles denominam como “culturais”. Dessa forma, eles referem que da mesma maneira que os critérios utilizados para a definição conceitual e diagnóstico de morte encefálica não são os mesmos para todos os países, também não são todos os países que aceitam esse diagnóstico para determinar a morte do indivíduo. Um dos intensivistas entrevistados, que faz parte também da equipe intra-hospitalar de captação de órgãos, afirma que, em alguns países, aceita-se a definição de morte do córtex, ou seja, a pessoa estaria morta se não houvesse consciência, mesmo que estivesse respirando sozinha. Ao mesmo tempo, em outros países, a morte cerebral não é aceita, pois a morte trata-se de uma questão social e cultural. Outro entrevistado, corroborando com esta ideia, menciona que:

[...] a morte cerebral tem conceitos que variam conforme o país; então existe o conceito mais clássico, conceito inglês, considera que a morte do tronco cerebral é suficiente como diagnóstico de morte cerebral, porque, embora tu possas preservar o conteúdo encefálico superior tu não o acessas (Matheus, médico intensivista)

Lock (2002) afirma que na medicina existe uma espécie de economia moral, que determina a conduta médica, que transcende

as fronteiras geográficas e culturais. Dessa maneira, a prática médica seria universal, então, as concepções de morte encefálica deveriam ser uniformes, pelo menos do ponto de vista oficial. Mas se, em caráter oficial, existem essas variações, podemos sugerir que a morte encefálica está baseada em concepções que vão além das “científicas”, pois no final das contas estamos falando sobre morte, tema que não possui um único domínio do conhecimento e que perpassa, mesmo que de forma discreta, todos os domínios da vida social. Mas queremos chamar atenção aqui para a questão da contestação da morte encefálica enquanto um critério bem definido, definitivo e incontestável. Se existem variações “culturais”, se os critérios adotados não são os mesmos entre diferentes países, como manter a irrefutabilidade da morte encefálica? É interessante enfatizar que esta questão só foi abordada pelos intensivistas, justamente os médicos que adotam uma postura mais crítica frente ao conceito de morte encefálica; nenhum médico pertencente a equipes de transplantes fez referências a estas variações teóricas do conceito de morte encefálica.

Para os informantes, tanto intensivistas como transplantadores, a morte encefálica está relacionada com o desenvolvimento tecnológico da medicina, que possibilitou o prolongamento da vida biológica através da utilização do ventilador mecânico. Dessa maneira, para alguns informantes, o mais importante quando se fala de morte encefálica é o contexto no qual ela surgiu, ou seja, envolta a controvérsias e não conseguindo se legitimar enquanto um único conceito absoluto. Na fala dos informantes, sobretudo entre os intensivistas, este discurso é um dos mecanismos utilizados para enfraquecer a veracidade da morte encefálica.

O MORTO-VIVO — A AMBIGUIDADE DO DOADOR DE ÓRGÃOS

Além de ser uma morte técnica, ou seja, construída a partir de conceitos teóricos e que não têm um momento exato para defini-la (sus-

peita-se de que o paciente esteja nessa condição e então inicia-se os procedimentos para sua comprovação), uma série de ambiguidades envolvem esse tema. Uma delas está no fato de que, embora a morte encefálica represente o mesmo que morte, não significa a morte do corpo, como pode ser percebido na fala a seguir:

Bom, antigamente se achava que morria quando parava o coração. Mas como o coração para hoje em dia e a pessoa não morre, então as coisas mudaram. Na verdade, eu aceito o conceito de que [...] de morte cerebral, ou seja, o cérebro não tem mais circulação, e portanto não tem mais retorno, e ele nunca mais funcionará. [...] Mas o corpo não morre junto, quando a pessoa cai morta. Morreu o cérebro, daí depois começam a morrer outros tecidos – tem tecidos que levam horas para morrer, que resistem. (Adolfo, cirurgião, equipe de transplante de rins)

Lock (2000, 2002) também comenta que entre os médicos americanos entrevistados por ela está presente a ideia de que a morte encefálica, por mais que seja uma condição aceita e irreversível, não significa a morte biológica do corpo. Isso oferece a este tipo de morte um caráter ambíguo. Um dos informantes conta uma história muito interessante vivenciada por ele durante a primeira cirurgia de remoção de órgãos de um doador falecido que ele realizou, que é um bom exemplo para pensar a respeito da ambiguidade do status de morte encefálica, na qual a pessoa não está nem viva nem morta, e na dificuldade que mesmo os profissionais da área da saúde têm para aceitar essa forma de morrer:

[...] da primeira vez que aconteceu conosco aqui foi um Deus nos acuda! A gente não conhecia muito [isso foi há 20 anos atrás], não conhecia muito essa fisiologia do cadáver que está respirando... E eu, quando coloquei o bisturi, para abrir de cima a baixo... O paciente – o morto... trouxe as mãos. Aí, imediatamente, a enfermagem da sala se recusou, saiu e não quis mais continuar: ‘nós não vamos par-

ticipar disso aí'. Por mais que eu explicasse, diziam 'não, nós não queremos'. Eu não posso obrigar. Daí eu consegui outras pessoas, entende? Aí tem a minha equipe, aí quem instrumentou foi um doutorando de Medicina, os residentes ajudaram, e a circulante foi um dos nossos que circulou na sala. E eu respeitei também o sentimento dos funcionários, que também não são profissionais do assunto, e não conhecem isso, não é? Mas tu que já viste uma lagartixa cortar a cabeça e sair pulando tu sabes que, ela não tem cabeça! Então nós tínhamos segurança de que era assim, mas realmente causa comoção; até eu me arrepiei um pouco, mas eu conheço o assunto. A partir daí nós passamos a anestésiar o cadáver. Parece um absurdo, mas nós anestésiamos — para evitar esses movimentos maiores, que são involuntários... (Adolfo, cirurgião, equipe de transplante renal)

Um cadáver que está respirando, e, além disto, que se mexe, como ele mesmo comenta, é um fato que causa comoção e até ele, alguém que conhece o assunto, se arrepiou um pouco, e apesar de parecer um absurdo, a partir deste evento, se passou a anestésiar o cadáver. Todos os elementos que ressaltamos na fala dele demonstram a ambiguidade do “ser” que se encontra em morte encefálica, um híbrido, como define Lock (2000, 2002), um morto em um corpo vivo, a conjunção da máquina e do organismo biológico — conjunção que é pré-requisito para a existência da morte encefálica.

As ambiguidades e incertezas relacionadas ao cadáver-vivo são percebidas também na forma discursiva utilizada pelos médicos entrevistados para se referir a ele. O *status* do cadáver-vivo provoca tantas dúvidas que é difícil até nominá-lo:

[...] nós mantemos a 'pessoa' com pressão adequada, em boa situação física do corpo, para poder levar para a sala de cirurgia, abrir, retirar os órgãos todos. (Adolfo, cirurgião, equipe de transplante renal)

Só que esse ‘paciente’ que está teoricamente, teoricamente não, na prática, falecido... só que esse ‘paciente’ que é ‘falecido’, e se ele é um potencial ‘doador’, ele tem que ser visto como um ‘paciente’ com a mesma possibilidade de cura. (Luiza, cirurgiã, equipe de transplante hepático)

Estas falas evidenciam uma confusão na maneira de classificar o cadáver-vivo. Ora ele é denominado como pessoa ou paciente, ora como falecido (ou em outros casos, morto), ora como doador. Entretanto, quando se faz referência a uma pessoa ou a um paciente está se considerando que este tem vida, a partir do momento que não se é mais pessoa ou paciente passa-se a ser cadáver, falecido, morto ou doador. A utilização de todos estes termos como se fossem sinônimos revela a dificuldade em se nominar o cadáver-vivo. É como se ele estivesse em um momento de liminariedade – como propõem Van Gennep (1978) e Turner (1974) ao estudarem ritos de passagem – na fronteira entre dois mundos distintos, no qual ele não é mais o que era antes do evento da morte encefálica (uma pessoa, um paciente), mas ainda não adquiriu o *status* de morto, cadáver, falecido, pois o coração permanece em funcionamento.

A preposição “em” (em morte encefálica) reforça esta ideia, pois, se o cadáver-vivo em vez de morte encefálica tivesse tido uma parada cardíaca, não se diria que ele está “em parada cardíaca”, e sim morto. O uso corrente da expressão “em morte encefálica” também não pode ser explicado pela falta de outros termos para se referir ao cadáver-vivo já que termos como “paciente morto encefalicamente” ou “paciente cerebralmente morto” poderiam substituir o termo usual. Mary Douglas (1991, p. 116-117) ao comentar sobre liminariedade afirma que:

Examinamos as crenças relativas aos seres marginais, aqueles que, duma maneira ou de outra, são excluídos da ordem social, aqueles que não têm lugar. Mesmo que não possam ser repreendidos no plano moral, o seu estatuto é indefinível. Considere-

mos, por exemplo, a criança que ainda não nasceu. A sua situação presente é ambígua; a sua situação no futuro não é menos, pois ninguém sabe que sexo terá, nem quais são as suas hipóteses de sobreviver. Muitas vezes é vista como um ser simultaneamente perigoso e vulnerável. [...]. É nos estados de transição que reside o perigo, pelo simples fato de toda a transição estar entre um estado e outro e ser indefinível.

A situação do cadáver-vivo é muito semelhante ao estado de liminariedade descrito por Douglas. E a preposição “em” contribui para a ideia de que o cadáver-vivo não está nem aqui nem lá, ele é o meio-termo, o mais ou menos morto. Assim, a ambiguidade coloca em risco a estrutura social, quando se tem uma pessoa que está ao mesmo tempo viva e morta, gera-se medos e angústias quanto à definição de seu status ontológico, e como foi verificado por Lock (2000, 2002), sempre está presente o medo de um possível erro de diagnóstico, medo que aumenta ao ver que a pessoa, além de respirar, se mexe.

Outro aspecto por meio do qual podemos perceber as contradições da morte encefálica é o entendimento que os médicos entrevistados têm sobre a “hora da morte” que deve ser registrada no atestado de óbito, ou seja, se o momento em que a morte deve ser decretada oficialmente seria quando se tem a comprovação do diagnóstico de morte encefálica ou se seria no momento em que o coração foi removido, em caso de doadores. Podemos notar que não houve consenso entre as respostas dadas, como expomos a seguir:

Hum. Boa pergunta. [...] Eu acho que é a hora da retirada. [...] Até porque, assim, hã... Não, é a hora da retirada, mesmo. Porque até então ele tem o prontuário, ele é um paciente ainda. Aí, quando a gente tira o coração, aí o anestesista desliga as coisas dele, e aí sempre o pessoal ‘ó, tal hora’ e tal. Então é nesse momento. (Vitória, cirurgiã, equipe de transplante cardíaco)

Não sei [...] Não! Mas já sei: é na morte encefálica. No momento da morte encefálica já é feito o... Nós só operamos com o atestado de óbito pronto. Nós operamos cadáveres. Então no momento em que atestou a cintilografia morte cerebral, o médico [que não é da equipe, não pode ser nosso]... E o atestado de morte não pode ser dado pela equipe de transplante; nada a ver. Tem que ser um médico da UTI, da CTI, ou um clínico... E ele então atesta e dão atestado de óbito. E vem o cadáver com o atestado de óbito, mas ele está respirando, com aparelho. Então aí nós só desligamos, não importa essa hora qual seja, a gente tem que fazer isso para entregar para a família depois o que restou – hoje em dia se tira muita coisa, não é? (Adolfo, cirurgião, equipe de transplante renal)

Em primeiro lugar, chama atenção a insegurança inicial nas duas falas para responder a pergunta. Em segundo lugar, mesmo tendo titubeado no início, ambos informantes oferecem detalhes para justificar a resposta: “tem prontuário”, por isso “ainda é paciente”, ou então, “nós operamos cadáveres” para dar o atestado de óbito “tem que ser um médico do Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI)”. Diante destas duas respostas contraditórias, não nos interessa saber qual é a opção correta, mas chamar atenção de que embora os transplantadores fossem muito seguros quando diziam que a morte é igual a morte encefálica, esses detalhes revelam os descompassos da morte encefálica, o que nos faz pensar que a morte encefálica não é um conceito tão preciso como a medicina tem proposto. Cabe ressaltar que a maior parte dos médicos transplantadores que acreditam que a hora da morte é a parada cardíaca são cardiologistas.

A SUBVERSÃO DA MORTE ENCEFÁLICA

Marinho (2006), analisando o sistema de doação e transplantes de órgãos no Brasil, revela que a cada oito potenciais doadores apenas um é notificado ao Sistema de Transplantes. Na perspectiva

dos médicos transplantadores, a responsabilidade deste fato é dos intensivistas, que deixam de fazer o diagnóstico devido ao trabalho que essa tarefa despende e a sobrecarga de trabalho em uma UTI:

Eu acho que isso, em parte, tem um pouco de razão, pelo trabalho que dá, para o intensivista. Até porque a estrutura do Estado, digamos assim, não é muito facilitadora disso, o médico intensivista sabe que se ele fizer isso – se ele começar o processo – ele vai se desgastar muito com isso. Enquanto que, se ele não fizer nada, se ele nem identificar, não der o... o... no início, ele não vai se estressar com as coisas. (Roberta, cardiologista, equipe de transplante cardíaco)

Mas, além disso, uma questão por trás dessas afirmações é que os intensivistas não se sentem chamados ou envolvidos para a questão da doação de órgãos. Assim, pode parecer sem sentido para eles gastar tempo, cuidados e dinheiro, para alguém que está morto, tendo uma lista de espera enorme para obter vaga na UTI:

[...] e faz um plantão uma vez por semana num hospital, não é? Então, não vive, todo esse esquema de doação, de transplantantes... Então não sente muito, não está dentro dessa cadeia aí, não sente muito, eu acho que não... Eu acho que, mais importante do que a gente levar as campanhas para a população [para a população aceitar a doação], tu tens que ter uma campanha para os médicos. (Vitória, cirurgiã, equipe de transplante cardíaco)

Mas se para os médicos de equipes de transplantes o principal motivo para a baixa notificação de morte encefálica era o descaso ou a sobrecarga de trabalho dos intensivistas, para os próprios intensivistas (apesar deles não negarem essa questão), a razão essencial é que nem todos os pacientes em morte encefálica podem se tornar doadores de órgãos, assim, pacientes com infecções contagiosas como hepatite C ou soropositivos não podem doar órgãos, portanto,

não existiria motivo para “perder tempo” em fazer um diagnóstico que não terá uma finalidade prática, e assim, muitos pacientes deixam de ser notificados. Um dos informantes revela que, no momento da entrevista, existia uma paciente soropositiva que possivelmente estaria em morte encefálica, mas os exames que comprovariam o diagnóstico não seriam realizados porque, devido ao HIV, ela não poderia se tornar uma doadora de órgãos. Dessa maneira, a morte encefálica não depende, apenas, do não funcionamento do cérebro, mas também, da possibilidade do transplante. E a vinculação com o transplante de órgãos atribuí à morte encefálica um caráter utilitário. De acordo com um dos intensivistas entrevistado, o conceito de morte encefálica foi criado em um:

*[...] contexto de prioridades que transcende o indivíduo da-
quele corpo, é uma interferência da comunidade na atividade
individual. Na verdade, como se definiu que pessoas poderiam
sobreviver com sua atividade mental, cognitiva, de desejo e
aquela, como eu defini, em morte cerebral já não pode fazer isso,
a sociedade se organizou, pelo menos uma parte da sociedade,
a sociedade científica se organizou pra considerar que pessoas
nesse estado de incapacidade de expressar qualquer intenção
ou desejo fossem úteis a outras. (Daniel, médico intensivista)*

A ideia de que a morte encefálica nasce em um “contexto utilitário” no qual a “sociedade científica” definiu que determinadas pessoas “em estado de incapacidade” poderiam servir como doadoras de órgãos para outras pessoas capazes, somada à percepção de que não existe apenas uma forma de definir a morte encefálica, já que o conceito muda de acordo com o contexto cultural, enfraquece a legitimidade do conceito de morte encefálica na perspectiva dos intensivistas.

Nesse sentido, a morte encefálica é percebida de uma maneira mais questionadora em relação à sua veracidade pelos intensivistas, pois, os benefícios que ela pode trazer referem-se apenas aos inte-

ressados nos transplantes de órgãos. Um dos intensivistas entrevistados afirma que a morte encefálica.

É uma transgressão da lei aplicável ao conceito de assassinato. Na verdade é um assassinato consentido pela sociedade, pela lei, pelos médicos, eu não tenho dúvida disso, então, se estabeleceu um contrato. O contrato prevê que pessoas, que são definidas por vários métodos, que não tem mais atividade cerebral de desejo ou de ação, essas podem ser legalmente usadas. [...] A lei, mesmo sendo lei, abre exceções para o direito de matar, como nesse caso, com o objetivo utilitário. [...] É um assassinato sem remorso. (Daniel, médico intensivista)

Assim, para este informante, a morte encefálica não representa a morte do doador, pois ela é considerada como assassinato, e para isso precisaríamos ter uma pessoa viva, que é classificada como morta, pois é neste estado que ela terá alguma “utilidade”. Isto não pode ser estendido para os médicos transplantadores, pois nenhum deles se referiu à morte encefálica enquanto um assassinato, nem demonstrou uma postura tão negativa com relação a ela, como os intensivistas fizeram. Porém, não é por isso que os médicos transplantadores estão tão certos da legitimidade absoluta deste conceito — fato que foi verificado pelas ambiguidades que envolvem os discursos sobre morte encefálica dos dois grupos de médicos entrevistados. Ambiguidades presentes na morte “técnica”, ideia que se opõe à morte “natural”, o fato de que ela não representa a morte biológica, e a ênfase dada à situação de liminariedade do cadáver-vivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção oficial, do ponto de vista médico e legal em relação à morte encefálica propõe que esta seja a “verdadeira” morte, a definitiva, irreversível e precisa. Quando não há mais o cérebro, não há mais relação social, vida, nada. A morte encefálica é um con-

ceito moderno construído cientificamente pelo campo médico que se tornou operacional e passou a classificar cadáveres-vivos – que antes seriam considerados como em vida vegetativa, mas ainda assim vivos – enquanto mortos. Mas se este fato é aceito, ao menos formalmente, pelo campo médico, para os atores “leigos” nem sempre é tão claro. Um morto que tem o coração batendo abala profundamente nossas representações sobre morte. O modelo que tínhamos para classificar os mortos e os vivos é colocado em xeque.

Ao longo deste trabalho, buscamos demonstrar que o caráter absoluto, determinante e decisivo da morte encefálica é, entretanto, ambíguo, flexível, fluído, liminar. Isto fica evidenciado, por exemplo, quando os informantes afirmam que a morte encefálica é uma morte técnica e que a morte natural permanece sendo a parada cardíaca. Parece, então, que a morte encefálica, por ser técnica, é teórica e não prática, mesmo sendo aplicável e aplicada. A própria maneira de denominar o cadáver-vivo deixa clara o quanto a morte encefálica é ambígua. Ora os informantes falam em paciente, pessoa ora em morto, cadáver, doador. E até mesmo a preposição em – paciente em morte encefálica – dá a impressão que estamos tratando de um processo que não chegou ao fim. Não é habitual usar a expressão, por exemplo, paciente em morte, porque o paciente está morto, definitivamente morto. O mais coerente seria chamar o cadáver-vivo simplesmente de morto. O que percebemos é que o estado liminar do ser em morte encefálica, o não estar nem aqui nem lá, de estar morto, mas com o coração batendo, o mais ou menos, faz com que ele seja inominável, não é possível definir, para além da teoria, o que ele é.

Alguns dos informantes inclusive contestaram o conceito de morte encefálica enquanto definidor de morte. Questões como: não é morte biológica, não é a morte natural, é um assassinato consentido pela sociedade foram referidas pelos médicos entrevistados. Mas, então, por que ela é legitimada científica e legalmente? Nossos informantes respondem: a partir do momento em que se tem

disponível tecnologia para que as cirurgias de transplantes possam ser rotinizadas em nossa sociedade, cria-se a demanda por órgãos e a necessidade de obtê-los. Isto talvez seja o grande deslize da morte encefálica: o seu caráter utilitário. Por um lado, os transplantes de órgãos legitimam a operacionalização deste conceito; como existe a possibilidade de substituir órgãos “danificados” e como isto pode salvar vidas, a morte encefálica passa a ser uma excelente perspectiva, que deve ser adota pela classe médica, e especialmente pelos médicos que trabalham diretamente com transplantes de órgãos. Por outro lado, como é um critério tão ambíguo para definir morte, e como nasce com o interesse em obter órgãos, talvez não se possa ter certeza se essa é a morte verdadeira ou apenas um meio para chegar a um determinado fim.

A partir dos dados obtidos com este estudo, é relevante, também, situar a morte encefálica dentro das concepções gerais de morte. Ariès (2003) e Elias (2001) afirmam que a morte na modernidade foi levada para os bastidores da vida social, não se trata mais de um acontecimento público, cotidiano e natural. Pelo contrário, hoje evitamos a morte a todo o custo. Tanto a morte dos outros como a nossa morte. Morrer se tornou uma derrota. Aliado a este fato, temos a medicina e sua função soterialógica de proporcionar a cura, a salvação e a redenção. (GOOD, 1993)

Se hoje a morte é uma derrota, o peso do fracasso é ainda maior para os médicos, pois são eles que têm a vocação, o conhecimento e a tecnologia para evitar ,ou pelo menos adiar, a morte. Promessas médicas para isto não faltam: terapias com células-tronco, criopreservação e, até mesmo, clonagem. Porém, se a morte encefálica, por um lado, representa o fracasso da medicina em não “salvar” uma vida, por outro lado, a morte encefálica é uma maneira de matar a morte. Isto ocorre porque é por meio da morte encefálica que as cirurgias de transplantes de órgãos podem salvar a vida de outras pessoas. Conforme Lock (2000, 2002), os Estados Unidos estão anestesiados para o tema da morte encefálica, o único interesse relacionado

ao assunto diz respeito aos transplantes de órgãos. Podemos afirmar que no Brasil ocorre algo semelhante, e o problema disso é que não se discute de onde vêm os órgãos que são utilizados para transplantes. Sendo assim, se o cadáver-vivo incomoda, a morte encefálica soluciona o “problema” da morte moderna, pois a partir do momento em que o cadáver-vivo se transforma em um doador, não temos mais morte, e sim vida.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. A morte domada. In: ARIÈS, P. (Org.). *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. p. 25-45.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. 17. ed. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- ELIAS, N. *A Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GIACOMINI, M. A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 44, n. 10, p. 1465-1482, 1997.
- GOOD, B. J. How medicine construct its objects. In: GOOD, B. J. (Org.). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. p. 65-87.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LOCK, M. *Twice dead: organ Transplants and the Reinvention of Death*. California: University of California Press, 2002.
- LOCK, M. On dying twice: culture, technology and the determination of death. In: LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. (Org.). *Living and Working the Next Medical Technologies*. Cambridge: University Press, 2000. p. 233-262.

- MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, 2006.
- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- RODRIGUES, J. C. *Tabu da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- THOMAS, L.V. *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- TURNER, V. W. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974.
- VAN GENNEP, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- WIJDICKS, E. F. M. The neurologist and Harvard criteria for brain death. *Neurology*, Chicago, v. 61, p. 970-976, 2003.

Articulando Ciência e Estado: “álcool” e “drogas” no convênio entre um coletivo de pesquisadores e um departamento de trânsito

Eduardo Zanella

INTRODUÇÃO

No mês de março do ano de 2013, após um ano e meio de negociações e trâmites burocráticos, o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas¹ (Cpad), um coletivo de pesquisadores vinculado ao departamento de psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

1 Trata-se de um coletivo de pesquisadores que se propõe a “estimular o conhecimento de metodologia de pesquisa, desenvolvendo projetos para disseminar evidência sólida sobre o abuso de substâncias e comportamento aditivos” para mais informações acesse o site, disponível em: <www.cpad.org.br>. Este centro desenvolve pesquisas acadêmicas, coordena o tratamento de dependência química do HCPA, organiza congressos e simpósios sobre as temáticas do álcool e das drogas, bem como promove cursos para estudantes, profissionais da saúde e do poder público. Sua equipe é formada por pesquisadores, médicos, técnicos administrativos, assistentes de pesquisa, colaboradores, bolsistas e estagiários. Estes integrantes são majoritariamente advindos da área da psiquiatria. Contudo, também participam profissionais da psicologia, genética, economia, estatística e odontologia.

e localizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), firmou um convênio com o Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul (Detran-RS). Este convênio visa à promoção de pesquisas e ações no trânsito, com especial enfoque à questão do uso de álcool e drogas por motoristas. Tal como informado em notícias veiculadas pelo Detran-RS,² o objetivo da parceria é “fomentar a pesquisa na área de trânsito no Estado” a fim de realizar “[...] estudos que dêem conta dos problemas do trânsito gaúcho, em especial do uso de entorpecentes pelos condutores e suas consequências na sociedade”. (DETRAN/RS..., 2013)

Ainda de acordo com a comunicação de imprensa deste departamento de trânsito, para além de uma “troca de informações e dados estatísticos para realização de estudos” o convênio consistiria na “introdução de dados e informações científicas nos projetos de trânsito”. Trata-se de um evento bastante significativo, visto que a “busca do viés acadêmico e expertise por parte do Detran-RS” é referida como uma “iniciativa pioneira no País”. Nas palavras de seu diretor-presidente não se trata de “[...] apenas um marco para todos os Detrans, como representa uma mudança de paradigma”, na medida em que o convênio “fornecerá ao órgão de trânsito informações embasadas cientificamente, possibilitando direcionar com maior precisão a luta contra a acidentalidade”, “conferindo maior efetividade às políticas públicas”. A expectativa em torno do coletivo de pesquisadores é confirmada pelo presidente do HCPA. Diz ele que “sem dúvida, temos pessoal qualificado que terá muito com que colaborar”. (COVÊNIO..., 2013)

2 Mais informações estão disponíveis nos sites: <<http://www.detrans.rs.gov.br/conteudo/17144/detrans-rs-e-hospital-de-clinicas-firmam-acordo-para-pesquisas-sobre-transito/termosbusca=HCPA>>. Acesso em: 13 dez. 2015. <<http://www.detrans.rs.gov.br/conteudo/3867/convenio-entre-detrans-rs-e-hospital-de-clinicas-embasara-acoas-de-transito-/termosbusca=HCPA>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

Em termos mais concretos, este convênio já deu origem a dois trabalhos de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS e projeta várias outras atividades. Dentre elas está em questão um curso de capacitação a ser lecionado pelos membros do centro de pesquisa aos agentes de trânsito que atuam na operação Balada Segura, a principal ação de fiscalização do estado do Rio Grande do Sul para o combate ao uso de álcool e drogas por motoristas.³ Este curso objetiva instrumentalizar estes profissionais a fim de que possam realizar, nas palavras do diretor do centro de pesquisa ao jornal *Correio do Povo*, “a identificação apropriada do motorista intoxicado”.⁴ Também estão previstos estudos para determinar tanto o impacto das ações de fiscalização do Detran-RS no comportamento de motoristas (por exemplo, se está havendo a incidência de iniciativas tais como “motorista da vez”), quanto a prevalência do uso de álcool e drogas no trânsito da cidade de Porto Alegre. Por fim, ainda objetiva-se a validação de uma tecnologia para detecção do uso de substâncias psicoativas através da extração e análise de fluido oral (saliva).

Considero que esta curiosa associação entre um departamento de trânsito e um coletivo de pesquisadores especializado no estudo do álcool e das drogas permite desenvolver uma série de questões importantes para as investigações socioantropológicas direcionadas ao tema das substâncias psicoativas. Em específico, esta situação destaca uma forma de produzir conhecimento e intervir sobre as drogas que não passa pelo seu uso imediato, mas sim pelo estabelecimento de uma parceria entre agentes de trânsito e pesquisadores da área das ciências médicas. Deste modo, no presente artigo

3 A Balada Segura é uma operação coordenada pelo Detran-RS que envolve também a Brigada Militar, a Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC) e a Polícia Civil. As operações acontecem tanto em locais de grande concentração de bares e casas noturnas, quanto em roteiros/itinerários de deslocamento para festas e eventos da cidade de Porto Alegre.

4 Disponível em: <<http://www.detrans.rs.gov.br/conteudo/17137/detrans-e-hcpa-fazem-parceria>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

pretendo explorar no contexto de produção científica referido acima um problema já trabalhado em estudos voltados ao uso de drogas. Trata-se da produção de normas para o consumo destas substâncias, questão delineada na obra de um autor clássico deste campo, Howard Becker.

De acordo com este autor permissões e interdições ao consumo de drogas, tais como técnicas corretas de uso, indicações acerca de onde consegui-las, com quem as consumir ou em quais situações, constituem a própria forma pela qual alguém vem a experimentar seus efeitos. (BECKER, 1953) Assim, os conhecimentos advindos dos usos de drogas não são desvinculados da impressão de valores a estas substâncias, materializados em prescrições específicas ao seu consumo. Nesse sentido, o processo de criação de regras direcionadas a pautar o uso de drogas não pode ser compreendido na qualidade de uma mera restrição, mas sim como uma forma de significar estas substâncias.

Portanto, neste texto parto do princípio que saber sobre as drogas é criar determinadas regras para o seu consumo. Ou seja, considero que tal como os usuários a ciência também constitui uma relação intrinsecamente normativa para com as drogas. A partir desta orientação estou interessado em explorar este convênio entre o Detran-RS e o Cpad, a fim de compreender quais permissões e interdições ao uso de álcool e drogas estão sendo geradas por meio de seu estabelecimento. Com o desenvolvimento desta questão, pretendo avançar em algumas considerações acerca dos modos pelos quais foi possível estabelecer esta cooperação entre Ciência e Estado. Ou seja, por quais vias é possível articular um departamento de trânsito a um coletivo de pesquisadores, e quais os efeitos desta articulação em termos de normas referentes ao uso de álcool e drogas?

Entretanto, diferentemente de cenários de consumo de drogas, no contexto da produção científica tanto usuários quanto as substâncias não constituem os agentes centrais. Torna-se então necessário abrir o escopo analítico para os múltiplos agentes envolvidos e atuantes

nas práticas científicas. (LATOURE, 2012) Trata-se de descentralizar a capacidade de ação da dicotomia usuários-drogas para considerar os diversos elementos que também estão implicados nos processos aqui em foco. Assim, entram em questão instrumentos de pesquisa, instituições de financiamento, demandas sociais, dispositivos de fiscalização das drogas, agentes de trânsito, vinculações institucionais, entre outros. Desta forma, objetivo descrever as associações estabelecidas em meio a esta heterogeneidade, a fim de caracterizar seus efeitos de poder (LAW, 1992), no caso deste artigo, normas referentes ao uso de álcool e drogas.

Este texto parte da descrição daquilo que parece constituir a questão de principal interesse neste convênio, capaz de vincular os interesses do Cpad com aqueles do Detran-RS: infrações por embriaguez ao volante. Para caracterizar esta infração utilizo resoluções de trânsito e um manual de procedimentos do Detran-RS para atuação de seus agentes em operações de fiscalização. Na sequência trato das maneiras pelas quais estas infrações são tornadas uma via de acesso ao consumo de bebidas alcoólicas como objeto de conhecimento. Para isto faço referência a duas pesquisas já desenvolvidas e concluídas a partir deste convênio. Tratam-se de trabalhos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS, intitulados “Características sociodemográficas e da habilitação de motoristas infratores por alcoolemia” (SCHMITZ, 2013a) e “Impulsividade, busca de sensações e comportamento de risco no trânsito”. (PASA, 2013a)

A seguir situo estes estudos no âmbito mais geral dos empreendimentos projetados para o convênio entre o Detran-RS e o Cpad. Na medida em que estes projetos ainda não foram desenvolvidos e se encontram em fase de projeção, os referencio neste texto através de entrevistas que realizei com os membros do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, bem como por meio de meu acompanhamento de suas atividades. Considero que os diversos empreendimentos que surgem da associação deste coletivo de pesquisadores com

o Detran-RS estão direcionados para a expansão de normas que interdita o uso de álcool e drogas no trânsito, de tal modo que embaralham pesquisa e intervenção. Ao final do texto mobilizo o conceito de objetos-fronteira de Star e Griesemer (2009) para argumentar que nesta cooperação não são objetos imprecisos que relacionam mundos distintos. Diferentemente, parece ser a precisão e a definição dos objetos de interesse – o uso do álcool e das drogas – que confundem os mundos em questão, de modo a borrar as fronteiras entre Ciência e Estado.

CONSUMO ALCOÓLICO E OBJETOS DE INTERVENÇÃO

No registro do Estado o consumo de bebidas alcoólicas e demais drogas ao dirigir, bem como outras práticas tais como velocidade inadequada ou o uso de celular, são compreendidos como “comportamentos de risco” à consecução de acidentes de trânsito:

A imprudência e a exposição ao risco estão, sobretudo, relacionadas ao aspecto comportamental. Dirigir em alta velocidade, após consumir bebidas alcoólicas e/ou substâncias psicoativas, utilizando o celular, bem como a desobediência à sinalização de trânsito e a não utilização dos equipamentos de segurança *são comportamentos de risco* [para acidentes de trânsito]. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 4, grifo nosso)

Ao circunscrever estas diversas práticas a um “aspecto comportamental” torna-se possível estabelecer sobre elas uma modalidade de intervenção, particularmente dirigida ao motorista em questão: trata-se de esclarecê-lo e de penalizá-lo. Diferente, por exemplo, que sua compreensão enquanto um “transtorno mental” ou problema de ordem “social”, que demandariam intervenções do tipo médicas ou estruturais. É nesse sentido que a operação Balada Segura, uma ação de fiscalização coordenada pelo Detran-RS e direcionada

especificamente ao uso do álcool e das drogas por motoristas, consiste em *blitze* de fiscalização e educação no trânsito, na qual “a questão comportamental torna-se o principal alvo dos esforços empreendidos”. Ou seja, “esta ação tem como objetivo fiscalizar e conscientizar, de forma integrada e contínua, a população sobre as condutas de risco, [...] em especial o combate à alcoolemia no trânsito”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 4-5)

Se o primeiro enunciado situa o uso do álcool e das drogas em posição de equivalência com outras práticas consideradas de risco para a consecução de acidentes, o segundo evidencia o destaque privilegiado que o consumo de bebidas alcoólicas adquire no âmbito das operações de fiscalização de trânsito. O caráter especificamente arriscado destas substâncias se deve a uma qualidade que lhes é particular, referente à sua capacidade de “ofuscar a percepção da realidade”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 6) Está em questão um efeito/influência específico, intrínseco às bebidas alcoólicas: elas “alteram o funcionamento do organismo, afetando diretamente o sistema nervoso central”, o que faz com que seu uso “perturbe a capacidade de perceber e reagir a ameaças e fazer julgamentos”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 7)

Deste modo, o que torna as bebidas alcoólicas particularmente perigosas no trânsito é uma espécie de agência própria. Trata-se de uma capacidade autônoma de produzir determinados efeitos que, uma vez independentes do contexto de uso e de quem as ingere, tornam-se universais e previsíveis: as bebidas alcoólicas podem “afetar o sistema nervoso central”, “ofuscar a percepção da realidade” ou “perturbar a capacidade de reagir a ameaças e fazer julgamentos”. Esta maneira de compreender as drogas se sustenta na submissão das particularidades de seu consumo (quem usa, quando, onde e com que motivos) à universalização de seus efeitos (por exemplo, “ofuscar a percepção da realidade”).

Esta agência conferida às bebidas alcoólicas é também função de uma concepção de corpo como organismo inerte e

passivo para sua ação. Tal como descreve o Manual de Procedimentos: “conforme o aumento da sua quantidade [de álcool] no sangue, os efeitos vão se somando e nada pode diminuir sua decorrência sobre o corpo”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 7) Esta associação previsível entre o uso de bebidas alcoólicas e as consequentes respostas do corpo humano é representada no Quadro abaixo, que discrimina a quantidade ingerida desta substância e seu correspondente efeito em um indivíduo de 70 kg.

Quantidade de álcool por litro de ar expelido (mg) Etilômetro	Quantidade de álcool por litro de sangue (gramas)	Efeitos
0,1 a 0,15 mg/l	0,2 a 0,3 g/l 1 copo de cerveja, 1 cálice pequeno de vinho, 1 dose de bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas. A percepção da distância e da velocidade são prejudicadas.
0,15 a 0,25 mg/l	0,3 a 0,5 g/l 2 copos de cerveja, 1 cálice de vinho, 2 doses de bebida destilada	O grau de vigilância diminui, assim como o campo visual.
0,25 a 0,40 mg/l	0,51 a 0,8 g/l 3 ou 4 copos de cerveja, 3 copos de vinho, 3 doses de uísque	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão superestimação das possibilidades, minimização de riscos, tendência à agressividade.
0,40 a 0,75 mg/l	0,8 a 1,5 g/l	Incapacidade de adaptação e falhas na coordenação.
0,75 a 1 mg/l	1,5 a 2,0 g/l	Embriaguez, torpor alcoólico, dupla visão.

QUADRO: Efeitos do álcool das bebidas alcoólicas
Fonte: (RIO GRANDE DO SUL, 2013b).

Ou seja, é um corpo genérico e universal frente às bebidas alcoólicas que torna igualmente genéricos e universais seus efeitos sobre quem as ingere. Somente variam a quantidade de álcool consumido e o tipo de corpo investido: “os efeitos do álcool são os mesmos para todas as pessoas, tendo como fator variante apenas a relação entre a quantidade ingerida e a forma como o organismo absorve e elimina esta substância”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 7)

Esta relação estável entre as bebidas alcoólicas e o corpo é de suma importância para a concretização da infração por alcoolemia. Tal relação faz com que o corpo seja a dimensão fundamental para a identificação do uso de bebidas alcoólicas. Este ponto é importante, visto que o consumo alcoólico é identificado em operações de fiscalização e não em circunstâncias flagrantes. Ou seja, é necessário detectar a presença do álcool para além do momento de seu uso. Para isto, é indispensável a mobilização de determinadas tecnologias.

Daí a importância de um aparelho específico, tecnicamente denominado etilômetro e popularmente de bafômetro, que identifica infalivelmente quem consumiu ou não as bebidas alcoólicas. Na medida em que o ar expirado tem o teor alcoólico proporcional ao teor de álcool que circula no sangue, torna-se possível identificar a presença desta substância na respiração. Assim, através do assopro esta tecnologia fornece uma medição digital da concentração de álcool no corpo humano, por meio de sua quantificação em gramas por litro no sangue ou miligramas por litro de ar. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b)

Para utilizar uma expressão de Bruno Latour, o etilômetro torna o consumo alcoólico um objeto durável. (LATOUR, 1991) Esta tecnologia propaga e reitera uma associação entre álcool e corpo, ocorrida em outro momento e lugar que não no instante da fiscalização, para que ali seja possível sua verificação. Nesse sentido, é possível tomar o etilômetro enquanto um mediador. (LATOUR, 2012) Esta ferramenta converte o uso do álcool realizado alhures na quantidade desta substância presente no organismo no momento da operação trânsito,

de modo a registrá-lo na forma de uma infração por alcoolemia. Trata-se de um movimento de transformação e deslocamento, ou seja, de uma translação. (CALLON, 1986) Neste processo é extraído do consumo de bebidas alcoólicas aquilo que Zinberg (1984) denominou *setting*: o conjunto de fatores relacionados ao contexto em que se usa uma droga, como as companhias, o local, intenções, a percepção social e os significados culturais atribuídos ao uso.

Assim, quando identificado frente a uma concepção de espaço público na qual o trânsito se torna um “direito de todos”, pautado pela “preservação da segurança e da vida” (RIO GRANDE DO SUL, 2013b) passa a ser fato significativo que o consumo alcoólico atente não somente contra quem o efetiva, mas também contra outros que também participam do trânsito. Deste modo, para além de um comportamento de risco, beber bebidas alcoólicas ao dirigir um veículo automotor passa a ser uma infração, e se a quantidade ingerida for superior a seis decigramas por litro de sangue, também um crime de trânsito.

Este comportamento de risco é então enquadrado nos artigos 165 e 306 do Código Brasileiro de Trânsito, referentes a uma infração e um crime, respectivamente: “Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência”;

Conduzir veículo automotor estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a seis decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência. (BRASIL, 1997)

A penalidade para esta infração corresponde ao valor de “R\$ 1.915,30, recolhimento da habilitação, suspensão do direito de dirigir por doze meses, além da retenção do veículo até a apresentação de um condutor habilitado”, sendo ao crime de trânsito acrescido a “detenção de seis meses a três anos, e a suspensão ou proibição de se obter a habilitação para dirigir veículo automotor”. (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2012)

A fiscalização do uso de bebidas alcoólicas é “procedimento de fiscalização rotineiro” e, por conseguinte, “todo motorista envolvido em acidente ou alvo de fiscalização de trânsito com suspeita de dirigir sob influência de álcool, será submetido à verificação de seu consumo”. (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2012) Embora haja preferência pelo etilômetro para a confirmação do uso de álcool em função da praticidade com que este aparelho identifica sua presença no organismo, o Código Brasileiro de Trânsito prevê outros meios para esta investigação, igualmente fundados no corpo enquanto objeto de verificação: exames de sangue ou clínicos realizados por médicos da Polícia Judiciária ou, ainda, exames realizados por laboratórios especializados. A recusa na submissão a estes testes também caracteriza a infração (contudo, não o crime), devendo o agente de trânsito descrever os sinais resultantes do uso de álcool pelo motorista. Neste caso, deverá ser verificado, entre outros elementos, se o condutor apresenta

sonolência, olhos vermelhos; vômito, soluços, desordem nas vestes, odor de álcool no hálito; comportamento agressivo, arrogância, exaltação, ironia; se sabe onde está, a data e a hora atual, seu endereço e lembrança dos atos cometidos; e se apresenta dificuldade de equilíbrio ou fala alterada. (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2012)

Após a constatação do estado de embriaguez do motorista, o agente de trânsito preenche um documento que descreve seu estado de consciência e o valor registrado pelo etilômetro. Este documento constituirá um auto de infração lavrado e valerá como notificação assim que assinado pelo condutor, o que no caso da infração de trânsito por alcoolemia acontece no mesmo momento da autuação. Uma cópia fica sob a posse do motorista, enquanto a outra é encaminhada ao Detran-RS. Neste departamento é então verificado se o agente de trânsito procedeu corretamente, dispondo no documento determinados dados mínimos, entre os quais o tipo da infra-

ção, local, data e hora de sua ocorrência, a placa e o tipo do veículo. Estas informações serão transferidas ao sistema de processamento de dados do setor de estatística do Detran-RS, de maneira a formar um banco de dados.

CONSUMO ALCOÓLICO E OBJETOS DE PESQUISA

O consumo de bebidas alcoólicas identificado na infração de trânsito dá origem ao registro de uma série de informações relativas à ocasião de sua ocorrência, tais como o sexo, idade e escolaridade do infrator, a quantidade de álcool presente em seu organismo, a categoria de sua Carteira Nacional de Habilitação, o tipo de veículo utilizado na autuação, entre outras. A partir do momento em que se toma uma ampla variação de registros destas infrações, tais informações podem ser correlacionadas entre si, de modo a determinar as características gerais e específicas ao conjunto de condutores autuados por condução embriagada.

É o que faz, por exemplo, uma das pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas em parceria com o Detran-RS. O trabalho de mestrado de Schmitz (2013a), intitulado “Características sociodemográficas e da habilitação de motoristas infratores por alcoolemia”, seleciona as informações registradas na infração de trânsito por alcoolemia e avalia suas correlações. Assim, percebe se determinado elemento (sexo masculino, por exemplo) está associado a outro (grau de escolaridade de nível médio, por exemplo) na ocorrência da infração de trânsito por alcoolemia. Trata-se de selecionar e ordenar as informações geradas a partir da inscrição do uso de bebidas alcoólicas em infrações de trânsito, a fim de lhes extrair o perfil do condutor que incide sobre esta infração.

Nesse sentido, esta pesquisa aponta que dentre as 12.204 ocasiões de ocorrência da infração por alcoolemia, registradas pelo Detran-RS entre janeiro de 2009 e dezembro de 2010, 538 (4.41%) são referentes

à reincidência de condutores por embriaguez ao volante, no sentido que autuados mais de uma vez em um período de dois anos. Entre os fatores de risco para este tipo reincidência estão: idade entre 41 e 50 anos de idade (33% dos condutores reincidentes); tempo de aquisição da habilitação superior a 12 anos (57% dos reincidentes), carreira escolar cumprida até o ensino fundamental (68%). Já alguns dos fatores de proteção destacados pela autora para a reincidência nesta infração são: sexo feminino (2% dos reincidentes), educação de nível superior (6%), a condição de motorista profissional (0.25%). (SCHMITZ, 2013b)

Já o outro estudo desenvolvido a partir do convênio entre o Cpad e o Detran-RS busca saber a incidência de embriaguez ao volante em dois conjuntos de motoristas, infratores e não infratores. Este tipo de dado informa sobre o “comportamento de risco” nestes condutores, que junto aos eixos conceituais “impulsividade” e “busca de sensações”, constitui a base para a comparação destes dois grupos. Este é um estudo caso-controle, no qual dois grupos diferentes (infratores e não infratores de trânsito) são comparados quando expostos aos mesmos fatores, as já referidas variáveis “impulsividade”, “busca de sensações” e “comportamento de risco”. Trata-se do trabalho de mestrado de Pasa (2013a), intitulado “Impulsividade, busca de sensações e comportamento de risco no trânsito”. Esta pesquisa contou com uma população de 339 motoristas, dentre os quais 158 possuíam o direito de dirigir suspenso nos últimos 12 meses e 181 não apresentavam infrações de trânsito no mesmo período de tempo.

A fim de verificar a incidência destes dois grupos sobre a infração de trânsito por alcoolemia aplicou-se um questionário à população do estudo. Neste “questionário sociodemográfico e de comportamento do motorista” (um dos quatro roteiros de entrevista utilizados na pesquisa) figura uma série de perguntas relacionadas ao uso de álcool. Questiona-se, por exemplo, se o entrevistado “consumiu algum tipo de bebida alcoólica no último ano e com que frequência”. Também lhe é demandado responder sobre “o uso de álcool imediatamente antes de dirigir no último ano” e a frequência desta práti-

ca. Há ainda outras perguntas: se o entrevistado tem ciência acerca da “quantidade de doses alcoólicas permitidas por lei no Brasil”, se já foi “passageiro de um condutor que bebeu”; se já se envolveu em “acidentes de trânsito após ingestão de bebida alcoólica”, entre outras. (PASA, 2013a)

A aplicação deste questionário padroniza a ocorrência da infração por alcoolemia entre a população do estudo, de modo a instituí-la enquanto um vetor de comparação entre infratores e não infratores no que concerne a seus comportamentos de risco. Assim, é discriminada uma série de diferenças e semelhanças no que tange às práticas de consumo alcoólico destes dois conjuntos.⁵ A sua frequência não incidiu em diferença significativa, visto que somente 32 pessoas de cada grupo (20,3% dos 158 infratores e 17,7% dos 181 não infratores) declararam não haver ingerido “alguma quantidade de bebida alcoólica nos últimos doze meses”. O mesmo acontece para o quesito “beber e dirigir”, em que 46 (29,1%) dos infratores e 44 dos não infratores (24,3%) afirmaram já haver dirigido sob efeito de álcool. Contudo, os grupos diferem tanto em *binge drinking*,⁶ em que 49 (31%) dos infratores contra 31 (17,1%) dos não infratores relataram o exercício desta prática; quanto no envolvimento em acidentes por uso de álcool: 22 (13,9%) dos infratores contra oito (4,4%) dos não infratores. (PASA, 2013b)

Estes dados, quando somados a outros produzidos por esta pesquisa (que avalia também, como já referido, “impulsividade” e “busca de sensações”), constituem variáveis contínuas que, por meio da técnica estatística da regressão logística, permitem a produção de um modelo de predições, relativo às suas variáveis categóricas (como “comportamento de risco”). Torna-se então possível discernir quais fatores constituem elementos propícios para a ocorrência

5 Outros tópicos que tratou a pesquisa (tais como o uso do celular) fogem ao escopo deste trabalho.

6 Uso episódico e intenso de álcool: mais de cinco doses para homens e quatro para mulheres.

de determinados desfechos. Este estudo apresenta vários resultados neste modelo de associação preditora: por exemplo, a prática do *binge drinking* e o hábito do consumo alcoólico constituem fatores preditivos para incidência na infração de trânsito por alcoolemia e para a ocorrência de comportamentos de risco no trânsito, respectivamente. (PASA, 2013b)

Nestes estudos a infração por alcoolemia constitui o meio pelo qual o consumo de bebidas alcoólicas é acessado enquanto objeto de conhecimento. Se um trabalho extrai do conjunto destas infrações uma seleção de variáveis que relaciona a fim de obter o perfil daquele que a reincide (SCHMITZ, 2013a); a outra pesquisa, ao verificar a incidência de condutores infratores e não infratores sobre a prática de beber e dirigir, estabelece esta infração enquanto vetor de diferença para os seus comportamentos de risco. (PASA, 2013a) Contudo, são diferentes os instrumentos em jogo na conversão desta infração em um dado de pesquisa. Enquanto um estudo mobiliza bancos de dados, o outro faz uso de questionários padronizados.

Tal como argumentei para o etilômetro, estes instrumentos também são mediadores. Bancos de dados e questionários padronizados convertem o uso de bebidas alcoólicas em móveis imutáveis e combináveis (LATOURE, 2000), produto central ao processo cumulativo da tecnociência. Através de sua utilização, o consumo alcoólico registrado na infração de trânsito passa a ser um dado passível de ser transportado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde se localiza o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, de modo suficientemente estável para ser comensurável e, portanto, combinado a elementos tais como dados sociodemográficos (SCHMITZ, 2013a) ou conceitos das ciências *psi*. (PASA, 2013a)

Estas ferramentas também realizam uma translação: deslocam o uso do álcool de seu registro em infrações de trânsito e o associam seja a eixos como sexo e idade, seja à noção de comportamentos de risco. Este processo dá ao consumo de bebidas alcoólicas uma dimensão de exterioridade com relação a suas manifestações específi-

cas. Ou seja, esta prática passa a ultrapassar e englobar as singularidades de suas ocorrências particulares: as bebidas alcoólicas, quando ingeridas no trânsito, possuem agora um “tipo ideal” de consumidor (SCHMITZ, 2013a), bem como diferenciam dois tipos de coletivos, infratores e não infratores. (PASA, 2013a)

É através da obtenção deste efeito que emergem destes trabalhos proposições para determinadas intervenções referentes ao uso das substâncias de seu interesse. Nesse sentido, uma das pesquisas que abordei espera que seus dados produzam “subsídios para estabelecer políticas públicas específicas visando a diminuição [de acidentes de trânsito]”. (PASA, 2013a, p. 15) Já o outro estudo, ao perceber que os reincidentes na infração por alcoolemia possuem em grande maioria resultado “apto com restrições” em suas avaliações psicológicas, sugere o uso de testes para a determinação do padrão de consumo alcoólico destes motoristas, quando estes se submeterem à necessária reavaliação psicológica. (SCHMITZ, 2013a)⁷ Tal como afirma a autora, em entrevista ao *Jornal do Comércio* sobre sua pesquisa:

Foi constatado que a avaliação desses reincidentes quando fizeram a sua habilitação apresentava, em sua maioria, a classificação ‘apto com restrições’. Isso significa que o psicólogo identifica algum traço diferente, sendo instruída uma reavaliação dentro de algum tempo. Essa classificação indica a necessidade de um estudo mais aprofundado. Contudo, é importante que se aplique um teste específico para avaliação do uso de álcool. Isso não é feito hoje. (GUSTAFSON, 2013)

7 Tratam-se dos seguintes questionários: “Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” (Assist), “Alcohol Use Disorders Identification Test” (Audit) e “Cage”.

Este artigo pretendeu compreender prescrições ao uso de drogas produzidas por meio de práticas científicas. Entretanto, é importante considerar que tais normas não estão localizadas somente na qualidade de resultados dos projetos científicos aqui em questão, mas constituem também sua própria origem. Ou seja, antes destas pesquisas produzirem regras para o uso do álcool e das drogas “sociedade afora”, o que se percebe é que são determinadas normas para o consumo destas substâncias que estão produzindo os dados científicos. É isto que acontece quando uma interdição oficial ao uso de álcool (a infração de trânsito por alcoolemia) se torna uma via de acesso para determinar sejam as características sociodemográficas dos motoristas que incidem na direção alcoolizada (SCHMITZ, 2013a), sejam as diferenças entre infratores e não infratores no que se refere a comportamentos de risco. (PASA, 2013a)

Esta mesma relação opera para as demais pesquisas vinculadas ao convênio entre o Detran-RS e o Cpad. Nestes empreendimentos as “coletas de dados” serão realizadas em operações de trânsito voltadas para a fiscalização do uso de álcool e drogas por motoristas. Pretende-se utilizar a operação Balada Segura como situação para a abordagem de condutores para fins de pesquisa. Através da aplicação de questionários, da realização de entrevistas e da extração de material biológico daqueles que concordarem em participar dos estudos, tais projetos objetivam determinar a prevalência do uso de álcool e drogas no trânsito da cidade de Porto Alegre, conferir o impacto das ações de fiscalização do Detran-RS para o uso destas substâncias no comportamento de motoristas, bem como validar uma tecnologia de detecção do uso de álcool e drogas a partir da análise da saliva.

Portanto, estas pesquisas partem de um contexto já estruturado pela vigência de determinadas permissões e interdições ao uso de álcool e drogas, de forma que se utilizam destas normas para produção de seus dados. Todavia, estes projetos não tratam simplesmente uma

das pesquisas já desenvolvidas a partir do convênio, objetiva “produzir subsídios para estabelecer políticas públicas específicas visando à diminuição [de acidentes de trânsito]” (PASA, 2013a, p. 15), o outro estudo sugere que seja determinado via, testes psicológicos, o padrão de uso de álcool daqueles que obtiveram resultado “apto com restrições” na avaliação psicológica em sua formação enquanto condutores. (SCHMITZ, 2013a) Neste caso, objetiva-se a expansão da interdição ao consumo alcoólico para além do momento e espaço nos quais ocorrem as operações de trânsito, instaurando-se sua fiscalização no processo de renovação da habilitação do condutor.

Outros empreendimentos vinculados à parceria entre o Detran-RS e o Cpad também estão destinados à extensão da interdição do uso de álcool e drogas no trânsito. Por exemplo, a validação de uma tecnologia para a detecção do uso de drogas a partir da análise da saliva objetiva ampliar o rol de substâncias cujo uso pode ser identificado nas operações de fiscalização, que atualmente dispõem somente de ferramentas para averiguar o uso de bebidas alcoólicas. Já o curso a ser oferecido aos agentes de trânsito pretende instrumentalizá-los na identificação do uso de álcool e drogas sem o recurso de dispositivos técnicos.

Esta capacitação torna-se importante em função de recentes alterações no Código Brasileiro de Trânsito: em especial a resolução 432 do Conselho Nacional de Trânsito (Contram), de janeiro de 2013, complementada e especificada pela resolução 75 do Cetran, de fevereiro do mesmo ano. Essas resoluções ampliam o escopo da produção de provas acerca do uso de álcool por condutores, até então circunscrito ao teste do etilômetro. Entre outras coisas, tornou-se possível que somente a percepção do agente de trânsito sobre a embriaguez do condutor seja suficiente para autuá-lo. Assim, torna-se particularmente importante a identificação apropriada do estado de consciência do condutor abordado. Desta forma, este curso objetiva alterar a dinâmica das fiscalizações

de trânsito, tornando a identificação do uso de álcool e drogas independente da utilização de instrumentos tais como o etilômetro.

Através do aprendizado de conhecimentos básicos das ciências médicas com relação ao álcool e às drogas (tais como composição química, efeitos no organismo e sintomas sobre quem as ingere) pretende-se que o agente de trânsito esteja capacitado para detectar sua presença através das manifestações específicas do corpo ao seu uso, entre elas: olhos vermelhos, sonolência, fala arrastada, desequilíbrio. Tal como no caso da validação do teste de fluído oral, a apropriação deste conhecimento por parte dos agentes de trânsito também permite a identificação do uso de outras drogas para além das bebidas alcoólicas.

Portanto, os projetos científicos em jogo no convênio entre o Detran-RS e o Cpad, sejam aqueles já concluídos ou aqueles em projeção, não objetivam meramente reproduzir as normas que mobilizam. Diferentemente, pretendem lhes imprimir alguma diferença: na produção de subsídios para formulação de políticas públicas, na aplicação de testes psicológicos para determinar o padrão de uso de álcool em motoristas, na ampliação das substâncias passíveis de serem identificadas em operações de fiscalização, ou mesmo na extinção da necessidade do uso de instrumentos para detecção do consumo de álcool e drogas. É nesse sentido que considero os empreendimentos científicos aqui em questão na qualidade de mediadores: ao reificar, expandir e ampliar interdições ao uso das substâncias de seu interesse, também modificam os elementos que veiculam.

OBJETOS PRECISOS, MUNDOS DIFUSOS

No registro do Estado, o uso de álcool e drogas no trânsito é percebido enquanto um objeto de intervenção. Já pesquisadores lidam com esta prática na qualidade de objetos de conhecimento. Contudo, a associação entre o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas e o

Detran-RS instaura uma curiosa situação. Por meio do estabelecimento deste convênio as operações de fiscalização passam a produzir dados científicos, bem como a ciência passa a produzir normas relativas ao uso de álcool e drogas.

No que diz respeito às pesquisas já desenvolvidas com este convênio, o etilômetro não somente registra o uso de álcool na forma de uma infração de trânsito, mas é também fundamental na produção do perfil do condutor infrator (SCHMITZ, 2013a), assim como para diferenciar infratores de não infratores no que se refere a comportamentos de risco. (PASA, 2013a) Tal alteração da função do etilômetro se dá a partir da mobilização de instrumentos de pesquisa. Ou seja, quando uma infração de trânsito se torna um dado de pesquisa, via bancos de dados ou questionários padronizados, o etilômetro passa a produzir dados para projetos científicos. Como visto, isto acontece em um processo no qual estes projetos concorrem ativamente para a ampliação das normas nas quais os instrumentos de intervenção atuam primeiramente.

Considero que o conceito de objetos-fronteira de Star e Griesemer (1989) é pertinente para a compreensão desta articulação entre as atividades do estado e aquela de pesquisadores. Este conceito faz referência tanto à heterogeneidade intrínseca dos diversos “mundos sociais” (termo dos autores), quanto à necessária cooperação que pauta o trabalho científico. Star e Griesemer argumentam que objetos-fronteira significam diferentes coisas em diferentes mundos. Ou seja, estes objetos são tanto locais quanto gerais: precisam ser maleáveis o suficiente para se adaptarem às necessidades dos diferentes grupos que os mobilizam, ao mesmo tempo em que necessitam ser coesos o bastante para manter uma identidade comum através dos contextos pelos quais circulam.

Desta forma, não é um consenso, mas sim a qualidade difusa destes objetos que permite o estabelecimento de cooperação entre diferentes campos de atuação. Portanto, no argumento dos autores os objetos-fronteira seriam borrados e flexíveis, de modo a tornarem possível

a relação entre diferentes mundos, estes sim precisos e definidos. Entretanto, no que refere às bebidas alcoólicas para o caso das pesquisas já desenvolvidas pelo convênio entre o Detran-RS e o Cpad, a situação é justamente a contrária.⁸ Para pesquisadores e agentes de trânsito o consumo destas bebidas possui contornos precisos e definidos, de modo que são as fronteiras entre os “mundos” do Estado e da Ciência que parecem estar borradas.

Tanto pesquisadores quanto agentes de trânsito lidam com o uso de álcool na qualidade de um objeto de intervenção e de conhecimento. Ambos fazem as duas coisas, de modo que não se encontram aí confusões ou desentendimentos significativos. Através do estabelecimento deste convênio, as operações de fiscalização passam não somente a penalizar motoristas embriagados, mas também a produzir dados aos projetos científicos. Estes projetos, por sua vez, concorrem para a alteração e expansão destas interdições. Ou seja, se determinadas normas são mobilizadas a fim do desenvolvimento de empreendimentos de pesquisa, estes retornam às normas na qualidade de mediadores, procurando lhes imprimir diferença. E já que as maneiras de lidar com as bebidas alcoólicas não estão diferenciadas, nesta articulação entre Ciência e Estado confundem-se as fronteiras entre quem “pesquisa” e quem “intervém”, na medida em que uma atividade oferece as condições de possibilidade para a outra.

Contudo, me parece que a “confusão” não é mesma: enquanto o Detran-RS vê na ciência um meio de aprimorar suas intervenções no trânsito, o Cpad vê nestas intervenções um meio de aprimorar sua ciência. Argumento, por fim, que é precisamente esta vinculação de interesses que torna possível a cooperação entre o Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul e o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas.

8 Para uma apropriação semelhante do conceito de objetos-fronteira, ver Gormart e Hennion (1999).

REFERÊNCIAS

- BECKER, H. S. Becoming a marihuana user. *The American Journal of Sociology*, Chicago, v. 59, n. 3, p. 235-242, 1953.
- BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1976.
- BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro. Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial [da] União*, Congresso Nacional, Brasília, DF, 1997.
- CALLON, M. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. In: LAW, J. (Org.). *Power, action and belief: a new sociology of knowledge?* London: Routledge, 1986. p. 196-223.
- CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO. Resolução n.º 432, de 23 de janeiro 2012. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, para aplicação do disposto nos arts. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012.
- COVÊNIO entre Detran/RS e Hospital de Clínicas embasará ações de trânsito. *DetranRs: em defesa da vida*, [S.l.], 5 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.detran.rs.gov.br/conteudo/3867/convenio-entre-detran-rs-e-hospital-de-clinicas-embasara-aco-es-de-transito-/termosbusca=HCPA>>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- DETRAN/RS e Hospital de Clínicas firmam acordo para pesquisas sobre trânsito. *DetranRs: em defesa da vida*, [S.l.], 6 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.detran.rs.gov.br/conteudo/17144/detran-rs-e-hospital-de-clinicas-firmam-acordo-para-pesquisas-sobre-transito/termosbusca=HCPA>>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- GOMART, E.; HENNION, A. A Sociology of attachment: music amateurs, drug users. In: LAW, J.; HASSARD, J. (Org.). *Actor network theory and after*, Oxford: Blackwell Publishers, 1999. p. 220-247.
- GUSTAFSON, J. Além de atuar, é preciso tratar o alcoolismo. *Jornal do Comércio: o jornal de economia e negócio do RS*, Porto Alegre, 2013.

Disponível em: <<http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=135063>>. Acesso em: 23 set. 2013.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, Editora UNESP, 2000.

LATOUR, B. *Reagregando o social: introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: EDUFBA, 2012.

LATOUR, B. Technology is society made durable. In: LAW, J. (Org.). *A sociology of monsters? Essays on power, sociology, domination*. London: Routledge, 1991. p. 103-131.

LAW, J. Notes on the theory of the actor-network: ordering, strategy, and heterogeneity. *Systemic Practice and Action Research*, New York, v. 5, n. 4, p. 379-39, Springer 1992.

PASA, G. A. *Impulsividade, tomada de decisão e comportamento de risco no trânsito*. (Projeto de Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013a.

PASA, G. A. *Defesa pública de mestrado (Apresentação)* – Faculdade de Ciências médicas, Departamento de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013b. Não publicado.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Trânsito. *Resolução n.º 75*, de 2013. Prova Testemunhal de condução de veículo sob influência de álcool. CETRAN, 2013a. Disponível em: <http://www.cetran.rs.gov.br/upload/20130621101604resolucao_75__procedimentos_para_fiscalizacao_165.pdf>. Acesso em: 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento Estadual de Trânsito do Estado do Rio Grande do Sul. *Manual de procedimento: operação Balada Segura*. 4. ed. Porto Alegre, 2013b. Disponível em: <http://www.baladasegura.rs.gov.br/upload/20140410114202manual_das_prefeituras.pdf>. Acesso em: 2015.

SCHMITZ, A. *Características sociodemográficas e da habilitação de motoristas infratores por alcoolemia*. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013a.

SCHMITZ, A. *Risk factors associated with recurrent dui offenses in Brazil*. 2013. Trabalho apresentado ao 20º International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Austrália, 2013b.

STAR, S.; GRIESEMER, J. Institutional ecology, translations and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's museum of vertebrate zoology. *Social Studies of Science*, London, v. 19, n. 3, p. 387-420, 1989.

ZINBERG, N. *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University Press, 1984.

Fabricando um corpo sem limites: a busca pelo sucesso profissional e o consumo de metilfenidato

Eleonora Bachi Coelho
Ondina Fachel Leal

[...] a antropologia pode representar mais uma vez este papel crítico ao revelar os pressupostos culturais subjacentes que existem nas visões científicas do corpo; ao esclarecer os caminhos complexos por meio dos quais as descobertas científicas levam a uma nova compreensão cultural da vida e da individualidade pessoal; e ao documentar as maneiras pelas quais das mulheres e dos homens estão inevitavelmente enredados nas operações de poder. (MARTIN, 2006, p. 30)

O CORPO MEDICALIZADO

Este trabalho tem como tema central o consumo da medicação Ritalina, o cloridrato de metilfenidato, e investiga os sentidos atribuídos a este fármaco. Através de uma análise das narrativas de usuários desta droga e de suas interfaces com os discursos médico e da indústria farmacêutica, busca-se entender o apelo desta

medicação no contexto de uma cultura urbana de classe média alta, onde a biomedicina ocupa lugar central nos cuidados da saúde e da doença. Aponta-se que este medicamento põe em evidência uma noção de indivíduo sobre a qual se instaura uma exigência social de competição, superação de limites, sucesso e excelência de *performance*.

O cloridrato de metilfenidato é mais conhecido por um de seus nomes comerciais: Ritalina. Trata-se de um psicoestimulante derivado da anfetamina, cuja indicação médica mais frequente é para o tratamento do Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e que, devido aos altos índices de consumo, nos últimos anos ganhou destaque também na mídia brasileira. Enunciados como “droga da inteligência”, “droga da obediência”, “geração Ritalina”, “milagre da Ritalina” e “os abusos com Ritalina” são recorrentes e permeiam o nosso cotidiano em anúncios nas redes sociais, em jornais televisivos e na mídia em geral. A repercussão do metilfenidato é tão relevante quanto a sua realidade de consumo; considerado o psicoestimulante mais consumido no mundo, o metilfenidato é tema de grandes polêmicas tanto sobre seus usos e abusos quanto sobre as suas indicações.

A tradição antropológica há muito tem apontado para centralidade do corpo como espaço privilegiado do fato social, receptáculo de investimento do mundo social que conforma corpos, seus potências e suas capacidades, através de seus sujeitos que reafirmam, desta forma, o seu pertencimento a uma dada sociedade e seus valores. Toma-se o corpo aqui, como não poderia deixar de ser, como uma construção imersa em relações de poder. E claro está que os significados do consumo de um fármaco e de suas promessas e consequências físicas por um grupo social específico, pessoas de classe média e alta na cidade de Porto Alegre, estudantes e profissionais disputando posições no mercado de trabalho intelectual, têm que ser entendido, por um lado, em sua especificidade local e, de outro, no contexto da cultura mais ampla e globalizada da sociedade contemporânea,

onde o desenvolvimento de novas tecnologias e seu consumo são características distintivas. Giddens (1991) apontou contundentemente como uma característica da alta modernidade o apagamento dos limites entre a fisicalidade e a tecnificação dos corpos. O corpo estaria disponível para ser “trabalhado”, transformado, construído obedecendo às exigências da sociedade, no caso aqui analisado, as demandas da intensificação do trabalho intelectual.

Na contemporaneidade, a cultura da pílula “mágica” (SIBILIA, 2004), no sentido de consumo de uma solução rápida para problemas, tão bem expressa pelo medicamento Prozac, tem suas estantes abarrotadas de comprimidos, desejos, informações e anseios. Este antidepressivo é o grande representante de um momento em que o consumo de medicamentos tem sua finalidade para além dos limites do patológico, já que é também utilizado para atenuar sofrimentos, garantir desempenhos e, até mesmo, como forma de prevenção contra males futuros. No momento atual, os fármacos são objetos diretamente ligados ao momento de ascensão das teorias biomédicas sobre a vida do indivíduo. A fiscalização da subjetividade e a medicalização são duas instâncias que se retroalimentam. Como dito, abordar aqui as modalidades de prescrição e o consumo de um fármaco significa tomá-las como intervenções tecnocientíficas que agem sobre o corpo humano de forma extremamente rápida e nos fazem refletir sobre as fronteiras entre natureza e cultura. Na atualidade, a exigência de *performance* física e mental do corpo tomado como limitado pode ser ajustada ou melhorada. Psicotrópicos como o Prozac, ou como interessa aqui a Ritalina, oferecem uma promessa de sucesso na superação dos limites naturais do corpo.

O medicamento, como enfatiza Pignarre (1999), é um objeto privilegiado para pensarmos a sociedade, pois circula entre instâncias como a ciência, o mercado e o indivíduo, seus desejos e projetos. Com o lugar de destaque que ocupam na terapêutica ocidental, “talvez seja possível compreender melhor a cura, a doença, e, de maneira mais geral, a medicina moderna através deste objeto que inven-

tamos”. (PIGNARRE, 1999, p. 14) Assim, tomamos o metilfenidato como um fio condutor para acessar discursos em torno de seu uso e os significados sociais aí implicados.

A DROGA E SUAS PROMESSAS

Em uma perspectiva latouriana, Manica (2011) afirma que objetos deixam de ocupar o estatuto passivo de mero espelho das relações humanas e passam também a novos agentes que compõe o social:

[...] não se trata de estudar os medicamentos apenas para ver, através deles, as relações sociais que os fazem circularem, mas percebê-los como, também agentes definidores de determinadas dinâmicas, resultados, ações desse social amplificado. (MANICA, 2011, p. 12)

Não é nosso objetivo aqui, devido aos limites impostos pelo próprio trabalho, discutir a noção de agência dos objetos. No entanto, é preciso referir a reflexão que Appadurai (2008) desenvolve sobre a agência dos objetos do ponto de vista metodológico, onde os objetos podem ser tomados como atores sociais e ser utilizados como pontos de observação para análise dos contextos por onde circulam. Observar a vida social dos objetos permite acessar os valores sociais que os envolvem e as discussões e situações que provocam nas dinâmicas sociais as quais pertencem.

O cloridrato de metilfenidato é uma substância derivada da anfetamina, mais precisamente, uma anfetamina de uso médico. Segundo informações técnicas (NOVARTIS, 2015), bula da Ritalina, consiste em um estimulante do sistema nervoso central. O mecanismo de ação não está totalmente conhecido, acredita-se que seu efeito estimulante ocorra através da ativação do sistema de excitação do tronco central e o córtex. Entretanto, não há informações conclusivas sobre o mecanismo que produz os efeitos psíquicos e compor-

tamentais em crianças, tampouco existem conclusões sobre como ocorre a relação entre os efeitos do medicamento com as condições do sistema nervoso central. Mesmo sem algumas conclusões, o medicamento é amplamente comercializado e considerado seguro, desde que utilizado via prescrição de um especialista. Porém, seus efeitos estimulantes não são procurados apenas com objetivo de tratamento médico, os fins não médicos como os de melhora de desempenho e recreativos fazem parte desta trama que compõe a realidade de consumo da Ritalina.

A Ritalina é um fármaco bastante conhecido, principalmente por ser a primeira opção terapêutica no tratamento do TDAH em crianças e adultos. Sua presença frequente na mídia costuma ser atrelada ao tratamento, mas também está envolvida em polêmicas que não se restringem ao seu uso médico. Um movimento contra a utilização não médica tem operado na mídia, visto que pessoas ditas normais estariam em busca dos efeitos estimulantes do medicamento, identificado como eficiente na melhoria das funções executivas do indivíduo, combatendo a distraibilidade, auxiliando na realização de tarefas intelectuais e operando contra a fadiga.

O psicoestimulante mais vendido no mundo é o metilfenidato. Segundo Ortega e colaboradores (2010). Seu consumo é maior do que o de todos os demais medicamentos com o mesmo fim juntos. De acordo com o relatório sobre o consumo de psicotrópicos da Organização Mundial de Saúde (ONU, 2008), em 2000, eram produzidas 16 toneladas do medicamento e, em 2007, esse número subiu para 43,6 toneladas. O Brasil, segundo informações divulgadas na mídia da Revista Veja, conquistou o segundo lugar no ranking mundial de consumo deste medicamento. (VEJA, 2012) Outros dados confirmam a expansão do uso do fármaco, como as informações divulgadas no site do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM), onde consta que, em 2000, foram vendidas 71 mil caixas desses medicamentos e, em 2008, as vendas aumentaram para R\$ 1.147.000 (um milhão, cento e quarenta e sete mil),

ou seja, um acréscimo de 1, 616% na venda da substância metilfenidato, entre os anos 2000 e 2008. (IDUM apud LUENGO, 2010)

Itaborahy (2009) informa que a justificativa para o aumento nas vendas deste medicamento costuma ser associada ao maior conhecimento sobre o distúrbio TDAH, pela sociedade e médicos. A hipótese adotada pela classe médica e laboratórios vincula o crescimento das vendas a uma maior conscientização acerca dos sintomas do transtorno e a conseqüente melhora no diagnóstico dos casos. Para endossar tal argumento, são citados estudos epidemiológicos da área, os quais apontam que de 5% a 6% da população seriam portadores do déficit, logo, o aumento das vendas estaria relacionado à mudança da realidade e de critérios no mundo dos diagnósticos ou dos subdiagnósticos. A íntima relação entre a venda do medicamento e o diagnóstico pode ser observada em relatos médicos que respondem, principalmente, a questionamentos sobre possíveis exageros nas prescrições e diagnósticos. A seguir, um trecho retirado de um anúncio publicitário, destinado ao público médico especializado, do laboratório Novartis, fabricante da Ritalina, que demonstra o argumento da correspondência entre diagnóstico e prescrição:

Ao partirmos do princípio de que 5,25% da população têm TDAH e calcularmos o consumo de psicoestimulantes prescritos pelos médicos especialistas, podemos afirmar que não há exagero, pelo contrário, uma grande parte da população não está diagnosticada tampouco tratada. (BASTOS; GRECCA, 2012, p. 3)

O estudo de Barros (2011) sobre as representações sociais do metilfenidato, ressalta que a ênfase da mídia em divulgar o TDAH como um transtorno biológico exerce uma forte influência para que o público leigo assimile o transtorno a um determinismo biológico. Este fato abre caminho para uma busca por consultórios médicos e por este medicamento. Alguns comportamentos tidos como diferentes, ou peculiares, dentro de uma normalidade, agora passam a ser observados e traduzidos como problemas médicos, biológicos,

passíveis de ajuste. Barros (2011) acrescenta que os informativos sobre TDAH apresentam apenas consequências positivas da terapêutica: as imagens de crianças tranquilas e famílias felizes e atraentes tomam conta das ilustrações do encarte. Para a autora, o *marketing* da Ritalina promoveu uma diluição na concepção de tratamento de uma doença, e as representações do metilfenidato passam a incluir ideias de felicidade, bem estar e sucesso.

Segundo Itaborahy (2009), no Brasil, o metilfenidato é comercialmente encontrado com os nomes: Ritalina e Ritalina LA, do laboratório Novartis, e Concerta, do laboratório Janssen-Cilag. A Ritalina é apresentada em embalagens de 20 ou 60 comprimidos, com dosagens de 10 mg, sendo esta a versão com custo mais acessível. A segunda versão é a Ritalina LA, apresentada em caixas de 30 comprimidos, com variadas dosagens de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg. O Concerta é a versão mais cara do cloridrato de metilfenidato e pode ser encontrado em embalagens de 30 comprimidos, de 18 mg, 34 mg ou 54 mg. O modo como estas substâncias são absorvidas pelo corpo é o ponto principal de suas distinções. A Ritalina LA e o Concerta são medicamentos de lenta absorção, seu efeito é mais duradouro, podendo ser ingerido uma vez ao dia, diferentemente da Ritalina de curta duração, que deve ser ingerida, em média, a cada quatro horas. Esta diferenciação faz com que o uso das versões da Ritalina LA e Concerta seja apresentado como mais vantajoso, principalmente no caso de pacientes crianças, visto que, como “o efeito passa a ser de oito a 10 horas [...], evita-se o esquecimento das doses e seu uso no ambiente escolar, com isso constrangimento e bullying deixam de ser uma preocupação para família”. (BASTOS; GRECCA, 2012, p. 3)

No que se refere às formas de acesso a medicamentos, é preciso salientar que estes são mercadorias especiais que circulam dentro de regulamentações próprias. Mais específicas são as regras com relação aos psicotrópicos, que só podem ser vendidos mediante receitas especiais. Há, assim, conforme Ortega e colaboradores (2010), o uso lícito e seguro que é definido em função do olhar médico,

ou melhor, de sua prescrição. O uso não médico é caracterizado como perigoso e ilegítimo, havendo inclusive repercutido na mídia, que tem apresentado reportagens que alertam para os males causados pelo uso sem a autorização médica. O uso médico é visto como seguro e eficaz, moralmente qualificado, sendo apontado como um importante fator de prevenção contra potenciais más condutas do indivíduo e o desenvolvimento de outros transtornos. Vargas (2001), ao refletir sobre o estatuto das drogas lícitas e ilícitas, pondera aquilo que chama de partilha moral realizada pela medicina, visto que os saberes e práticas médicas seriam os principais instrumentos de legitimação do estatuto social das drogas na sociedade moderna. Ortega e colaboradores (2010) criticam esta divisão entre risco e segurança no uso do metilfenidato, pois reiteram que em ambos podem-se observar usos e abusos.

Aquele uso considerado não médico, não seguro, é feito principalmente por estudantes e profissionais que buscam melhorar suas *performances* de atenção, evitar a sonolência ou ter mais energia em suas atividades. São pessoas que utilizam o medicamento com a ambição de multiplicar suas capacidades físicas e psicológicas ou apenas para se sentirem potentes frente às suas demandas profissionais, acadêmicas e emocionais. Diversos artigos foram lançados na mídia alertando contra possíveis abusos e afirmando os limites do fármaco para esta finalidade de aprimoramento. Um marco importante na discussão foi o espaço aberto na importante revista científica *Nature*, em 2008, onde questões éticas sobre a utilização e produção de drogas para fim de melhoria de desempenho são discutidas. Porém, é com frequência que noticiários e médicos informam reiteradamente que a Ritalina não tem eficácia no melhoramento cognitivo de pessoas tidas normais. As pesquisas científicas sobre o assunto são poucas (BARROS, 2009), mas nota-se uma preocupação crescente com os chamados usos não médicos. Ou então, sobre a droga dos concourseiros, assim identificada pela mídia em geral, utilizada visando à aquisição de corpos mais potentes.

O CONSUMO DA RITALINA: O CORPO COMO UM EXPERIMENTO QUÍMICO

A pesquisa de campo cujos dados são parcialmente analisados neste artigo deu-se em Porto Alegre, em 2012. Na estratégia de abordagem etnográfica, foi inicialmente acionada a rede de relações de uma das pesquisadoras e a coleta dos dados realizou-se ao longo de cerca de um ano. (COELHO, 2013) Neste período, foram feitas observações sistemáticas e conversas informais com pessoas, conhecidos e amigos de amigos, sobre as quais se tinha o conhecimento de que faziam uso do metilfenidato. Este grupo foi por nós identificado de maneira jocosa como “as concurseiras”, pois individualmente mais de uma entrevistada empregou o termo para se autodesignar, na declinação feminina, ainda que este grupo não seja composto exclusivamente por mulheres. Foram feitas seis entrevistas em profundidade com usuários de Ritalina e um com médico especialista. Todos os informantes eram profissionais em início de carreira ou estudantes de pós-graduação, todos em regimes intensivos em processo de preparação para concursos públicos, exames ou elaboração de tese. Sem muita precisão, podemos qualificá-los como pertencentes a classe média, média alta. Além disto, durante este período, acompanhou-se de forma sistemática documentos, reportagens, documentários e debates da mídia em geral sobre a Ritalina; trabalhou-se com artigos de divulgação da medicação e publicações em revistas médicas. Através da escuta dessas discursividades de usuários, profissionais da saúde, indústria produtora da droga e a opinião pública em geral expressa na mídia, o nosso objetivo foi buscar entender a Ritalina como um agente definidor de certas dinâmicas sociais.

No contexto de nossa pesquisa de campo, todos os informantes tiveram acesso ao medicamento através de prescrição médica. Dos seis entrevistados, quatro afirmam ter buscado o médico exclusivamente com a intenção de obter a “receita de Ritalina”. Uma das entrevistadas declarou ter sido motivada a procurar o médico para ter aces-

so a uma medicação que possibilitasse melhorar sua performance no trabalho, mas conta que não conhecia a droga. Outra procurou um amigo médico para conseguir a receita. Esta entrevistada afirma que o amigo médico – também usuário do medicamento – lhe indicou e prescreveu o metilfenidato ao compreender as dificuldades pelas quais ela estava passando por ter pouco tempo disponível para o estudo: “meu amigo é um médico muito sério, tenho plena confiança nele [...] Para ele é algo banal [...] um macete dos concurseiros”. Apenas um dos entrevistados só tomou conhecimento da medicação através do tratamento médico psiquiátrico que havia iniciado, sem interesse específico nesta medicação.

A maioria dos entrevistados que buscaram orientação médica tinham conhecimento prévio do fármaco e de sua promessa de melhoria de performance, sendo sua procura por tais especialistas realizada com a finalidade de adquirir o metilfenidato. O termo “*performance*” aqui é o empregado pelos informantes, no sentido de desempenho, prática corporal, capacidade e resistência física.

Ao pedir que os entrevistados explicassem o significado da Ritalina para suas vidas, os termos empregados remetem às ideias de facilidade e de potencialização: “*melhor amiga da ‘concurseira’ e, ao mesmo tempo traiçoeira, acredito que posso ficar viciada*”, declara uma entrevistada. Outra entrevistada aponta para o benefício de um período de produção intelectual intensa: “*escrevi em quatro meses mais do que em quatro anos*”. Esta percepção de aumento significativo da capacidade de produção intelectual e da capacidade de concentração também é reiterada quando os entrevistados foram questionados sobre as transformações ocorridas após o uso da Ritalina: “*uma diferença absurda*”; ou “*muita energia, até para esportes*”. Outra entrevistada falou do medicamento enquanto educador: “*é como se ele te educasse, te foca mais, até sentimentalmente*”. Neste caso, as afirmações dos entrevistados também remetem a uma noção de agência e autonomia que é conferida ao medicamento, este passa a ser um sujeito ativo: “*como se ‘ele’ te educasse*”.

De outra forma, um dos entrevistados menciona que a medicação revela algo que ele realmente é, visto que a doença é um obstáculo para a manifestação de suas potencialidades: “*não era aquilo que eu era, faltava. Agora, estou muito mais próximo do que eu espero de mim*”. Todos os entrevistados atribuem as transformações ocorridas a elementos da bioquímica cerebral. Apenas um dos entrevistados, que é profissional da área de psicologia, cogita também o fator placebo do medicamento. Ou ainda, em outro relato: “*minha psicóloga me ajudou a entender como produzo mais [usando Ritalina], minha autoestima aumenta*”.

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

O vocabulário médico, as medicações e suas tecnicidades são amplamente divulgados tanto nos meios de comunicação tradicionais, quanto nas redes sociais e passam a fazer parte do cotidiano. Não seria exagero afirmar que há uma realidade da biomedicalização no que tange aos processos de fabricação da vida. Em nossa pesquisa, a partir dos relatos a respeito dos significados da Ritalina, é possível apontar que o efeito deste medicamento, na forma que é percebida por seus usuários, como uma “prótese química” (VARGAS, 2001; COELHO DOS SANTOS, 2000), na construção daquilo que foi referido como “um corpo sem limites”.

Azize (2006, p. 97) trabalha com a hipótese de que “o campo biomédico estaria ampliando sua área de atuação tratando também questões ligadas à qualidade de vida e ao estilo de vida”. Para este autor, é no terreno da cultura da qualidade de vida, estilo de vida, que o campo médico vem encontrando espaços para sua expansão. Podemos observar as transformações do contexto da psiquiatria através da forma como os psicotrópicos foram sendo introduzidos na clínica, visto que sua utilização causou impacto sobre as tradicionais terapias de orientação psicanalítica utilizadas até então. Em depoimento,

o psiquiatra entrevistado nos relata as mudanças de sua atuação clínica e demonstra o poder de interferência dos medicamentos sob as práticas em consultório.

Regido por um paradigma biológico, o discurso psiquiátrico está inserido nas tramas de nosso cotidiano e se rearticula na linguagem diária. A infiltração deste novo vocabulário psiquiátrico, cada vez mais embasado em conhecimentos das neurociências, nos chega gratuitamente e releva esta outra psiquiatria que, segundo Aguiar (2004), tem interesse em ser uma medicina como as demais, ainda que esse desejo seja uma meta inalcançada. O discurso médico captura outros modos de vida e forja subjetividades de massa. O discurso neurocientífico alcança muito adeptos.

Na entrevista com o médico psiquiatra, constatou-se que a demanda pela Ritalina é algo observado em sua clínica. O fato de os concorrentes do paciente que estão prestando concurso público fazerem uso do medicamento, bem como queixas referentes à dificuldade de atenção, faz parte dessa demanda que chega ao consultório. O médico ainda reflete sobre as dificuldades e implicações da psiquiatria frente a tal demanda:

[...] em noventa dias, estou dando em torno de 50, 60 receitas. Elas chegam pedindo, outras não chegam pedindo, mas uso como associação com antidepressivos, para casos graves. Outras pessoas francamente desatentas eu uso, 'não paro em emprego, sou distraído, sou atabalhado'. Fora isso, mais da metade me demanda 'estou fazendo concurso, os concorrentes usam'. (trecho da entrevista com médico)

No contexto da pesquisa realizada, sobre motivações para o uso de metilfenidato, cinco dos entrevistados afirmam ter sentido melhora na sua *performance* de estudo – “[uma melhora] *tanto quantitativa quanto qualitativa*”. Ou, “[...] *tem um efeito muito bom, eu trabalhava e precisava ficar acordado*”. Os informantes apontam para melhora no rendimento, maior concentração, mais ânimo

para estudar. Uma das entrevistadas descreve com detalhes sua motivação para o uso deste medicamento, como também os efeitos sobre seu comportamento de estudo:

Via como uma potencialização dos estudos, para me sentir mais segura, aproveitar melhor o tempo, para manter-me acordada. Precisava ampliar a quantidade de conceitos para prova, precisava me sentir mais seguro dado que estava em prejuízo, pois outros tinham o dia todo para estudar e eu, definitivamente, não tinha. (trecho da entrevista com usuário)

Apenas um dos entrevistados associou o uso do medicamento ao tratamento e explicou: “*uso, pois tenho a doença e vou ter para sempre, tu toma para ficar normal*“. Outras duas entrevistadas, embora com o diagnóstico de TDAH, não relacionam a sua motivação para uso da Ritalina com qualquer transtorno clínico. Todos os entrevistados relatam dificuldades para desempenhar atividades de estudos de acordo com suas expectativas, necessidades e aquilo que entendem ser a demanda social de desempenho.

“Sem limites” é o nome do filme a que duas das pessoas que entrevistei aludiram para, didática e ilustrativamente, explicar suas motivações e sensações com o uso da Ritalina. O filme americano, de 2011, dirigido por Neil Burguer e intitulado no original *Limitless*, é baseado no romance *The Dark Fields*, de Alan Glynn. Narra a rápida ascensão econômica e social de um jovem escritor que passava por sérios problemas financeiros e conjugais por motivo de seu baixo desempenho no trabalho e que, quando entra em contato com uma droga, ainda em estudo, tem suas capacidades e sua vida transformadas. Essa droga fictícia, que aumenta de forma assombrosa as capacidades mentais e físicas, chama-se no filme NZT e trata-se de uma pílula tecnológica que liberaria substâncias no corpo do sujeito. Com seu cérebro turbinado, o fracassado escritor torna-se um alto investidor de Wall Street. O personagem, sob o feito da subs-

tância, ultrapassa seus limites corporais, tornando-se um homem sem limites, ou um super-homem.

Os relatos recolhidos junto aos usuários de metilfenidato em nossa investigação demonstram o quanto esses sujeitos se sentem investidos por potência ao ingerirem a substância. Mesmo se tratando de outra tecnologia, a droga fictícia apresentada no filme é comparada com a Ritalina: “claro que é uma metáfora, e, como tal, é um exagero, mas é uma ótima metáfora” – disse uma das entrevistadas, e outra confirma: “Quando vi o filme pensei que deveria ser sobre a Ritalina”.

O depoimento do médico entrevistado nesta pesquisa reflete sobre a demanda pela Ritalina, o contexto social e suas implicações na clínica:

Aumentou muito a competição, a colaboração começou a ser menor, o individualismo acabou sendo o foco. E as pessoas querem ser vencedores a qualquer custo, quem não compete eficazmente fica para trás, fica desprezado, ou perde o emprego, e até perece fisicamente. O resultado é que essas pessoas, ameaçadas por isso, acabam procurando antídotos químicos para deixá-los velozes, competitivos, lúcidos, concentrados. Para não perder nada de nada. O que acaba acontecendo é que as pessoas estão procurando o metilfenidato para estudarem mais, para fazerem testes, para concursos, para se concentrarem. E realmente ele ajuda um pouco. Claro, que tem o efeito placebo 'estou tomando o metilfenidato, estou concentrado, mais confiante'. 'O resultado é que as pessoas estão usando cada vez mais, se tornou a droga do momento'. (trecho da entrevista com médico)

Várias afirmações dos entrevistados ressaltaram os efeitos que o medicamento produz: “Poderosa”, “um cavalo com rédeas”, “mais candidata”, “zumbi loucão [dormia pouco e estava sempre atenta]”, “ultrapassar os limites”, “ir além do corpo”, “não preci-

sava dormir”, “maravilhoso”, “muita concentração”, “foco total”, “mais facilidade”. São com estas expressões que os usuários da Ritalina definem o medicamento e seus efeitos. Entre os informantes que não possuem diagnósticos de TDH e realizam provas de concursos públicos, expressões como “mais forte” e “mais candidata” surgiram com frequência.

Ressaltamos que a maioria dos entrevistados e vários outros informantes que de forma menos sistemática compuseram o “campo” desta pesquisa não tinham diagnóstico e utilizavam a medicação para fins exclusivos de extensão de sua produção: “uma aliada para produção”, “melhor amiga da concurseira”. Uma das entrevistadas chama atenção para seu o motivo de consumo: “tomo para ficar entre os mais fortes, pois sei que eles tomam também”. Assim, introduzimos o conceito de “drogas de inserção” que, de acordo com Ehrenberg (2010, p. 143), as drogas de integração social e relacional, como os psicofármacos, não são ingeridas para fins de prazer ou inebriação, mas

[...] por indivíduos impelidos a serem inteiramente responsáveis por seus destinos [...]. Do mesmo modo que com dopagens esportivas, eles [psicofármacos] são um meio de reforçar capacidades corporais e psicológicas a fim de melhorar a competição.

Desta forma, o uso da Ritalina nestes espaços que requerem grande produtividade e excelência de performance intelectuais, como em concursos públicos bastante disputados, estaria ligado ao pertencimento ao mundo dos competidores mais qualificados, seu efeito seria de poder e produção de diferença entre os indivíduos.

Aqui, o argumento de Duarte (1998), na tradição Dumontiana, parece oportuno. Duarte aponta para a “configuração individualista moderna de valores”, o indivíduo como valor central na construção da noção de pessoa moderna e ocidental. Duarte chama atenção para o fato de que estudos antropológicos sobre saúde e doença apontam

que estas concepções que, no ocidente, estão inevitavelmente marcadas pela presença da medicina ocidental moderna e pelas psicologias naturalistas. Desta maneira, para Duarte (1998), o empreendimento etnográfico na área de saúde deveria buscar “desconstruir a arraigada percepção de uma naturalidade das experiências de adoecimento”, mas o mais importante é perceber que todas as experiências da vida social, inclusive a experiência do adoecimento e de sofrimento, e a própria ciência médica moderna se articulam em torno de um foco central de valores que remete a

uma representação da Pessoa individualizada moderna e sua corte de efeitos concomitantes: a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e a psicologização dos sujeitos [...]. (DUARTE, 1998 p. 20)

O que temos, no caso de nosso estudo a respeito do uso de Ritalina, é que a produção de um desempenho corporal — ou, mais especificamente, mental — de excelência, no sentido de exceder os limites da capacidade tida como normal, constitui a resposta para a demanda de uma sociedade competitiva e individualista, na qual exceder os próprios limites naturais é exceder o outro, ou o coletivo, é superar a média, é vencer, é ter sucesso.

Mas temos também que a solução é oferecida a partir da medicina moderna e da biomedicina. Esta produz o diagnóstico, enquanto a química moderna e a indústria farmacêutica “aprisionam” os elementos “naturais” ativos capazes de produzir a medicação e, para além do diagnóstico ou da patologia, a droga passa a fazer parte de um mercado onde é possível adquirir *performance*, “desempenho”, no qual se vence, se passa no concurso, é possível se tornar uma “Gisele Bündchen” ou “ser mais candidato”.

Observa-se também que o uso da Ritalina está diretamente ligado à intensidade da exigência das tarefas a serem executadas pelos usuários. Um informante, usuário de Ritalina, queixava-se da insistência

de amigos e conhecidos para que ele lhes fornecesse o medicamento. Segundo ele, que havia sido diagnosticado como portador de TDAH, as solicitações de seu grupo de amigos aconteciam principalmente em épocas de provas.

Um entrevistado relata o aumento de sua dose ao longo dos anos e explica que utiliza há 11 anos e meio o metilfenidato e que seu uso variou muito durante esses anos:

Comecei com a dose mínima, de acordo com o que é preconizado no tratamento [...] depois de tu tomar Ritalina 10 mg, quatro vezes ao dia, tu te sente como um usuário de crack, então entra o Concerta. Tenho uma Ritalina aqui quando vou descansar ou sair. (trecho de entrevista com usuário)

Assim, podemos observar certa autonomia na administração do medicamento por parte dos usuários. Bem informados sobre os efeitos do estimulante, os informantes consomem de acordo com suas demandas diárias de trabalho. Igualmente, pudemos verificar, a partir dos relatos sobre o uso, um aumento progressivo na utilização do medicamento, uma vez que o paciente acaba gerenciando suas doses de acordo com as informações médicas a respeito da duração de seus efeitos sobre o organismo e com as demandas de trabalho e de produção.

Entretanto, os questionamentos sobre limites e abusos são recorrentes, bem como a temática da dependência química. Durante as entrevistas, o paradoxo entre uma vida saudável e a utilização da Ritalina surgiu com certa frequência. Interessante perceber que o uso da Ritalina, enquanto medicamento, contrapõe-se ao modelo ideal de saúde e qualidade de vida preconizado pelos próprios entrevistados. Termos como “exaustão”, “desrespeito aos limites corpóreos” e “stress” surgiam facilmente quando os temas qualidade de vida e saúde apareciam associados ao metilfenidato: “pelo menos para quem faz concurso não tem nada a ver com saúde, pelo contrário”, mas é reiterada uma racionalidade sobre a necessidade do

uso da droga, dadas certas condições, quando é preciso superar os próprios limites. Dependência química e psicológica, preconceito com psicotrópicos, antinatural, medo de tarja preta, extrapolar limites, são alguns dos temas evocados quando questionados sobre as restrições que possuem em relação à medicação. Apenas um dos entrevistados afirmou não possuir importantes restrições sobre o metilfenidato: “não tenho mito tarja preta, qualquer outra medicação tem riscos, tu pode morrer com paracetamol”.

Quando se fala em Ritalina, há de se ter em mente que seu uso constitui uma intervenção química que se engendra sobre o corpo humano de forma extremamente rápida. Diante das exigências do mundo do trabalho contemporâneo, quando o corpo impõe limites, lembra-se de que ele pode ser ajustado ou melhorado, e a Ritalina então parece oferecer uma promessa de sucesso na superação dos limites impostos pela natureza. O corpo apresenta-se nestas novas compreensões da subjetividade da pessoa moderna como “um mal-estar tecnicamente ajustável”. (SIBILIA, 2004)

Apenas um entrevistado, advindo de uma formação médica e portador do diagnóstico de TDAH, cujo diagnóstico é relatado de maneira positiva, se descreveu como um “doente” e a medicação como sendo um agente capaz de revelar seu “verdadeiro eu”, de torná-lo uma pessoa normal, com suas capacidades plenas desenvolvidas. Nos demais, a ideia de extrapolar os limites do corpo esteve presente e, junto dela, a compreensão ou o questionamento a respeito dos possíveis efeitos negativos sobre sua saúde, visto que a medicação é entendida como um elemento artificial atuando na natureza orgânica ou, ainda, como um agente artificial que desrespeita os limites corpóreos das funções básicas, como sono, fome – consideradas necessárias à saúde. Quanto aos efeitos negativos da ingestão do metilfenidato, é interessante ressaltar que a prescrição médica trouxe segurança, mesmo nos casos em que não havia uma relação de confiança estabelecida entre o médico e o paciente. A presença do médico é vista como um atenuante para atitudes tidas

como amorais — como o consumo sem ter diagnóstico apropriado ou quando relacionada ao *doping*, pelos candidatos a concursos — e, com mais frequência, o médico é a garantia no controle dos riscos na administração do medicamento.

Assim, a discussão nos levou ao outro aspecto que tentamos ressaltar ao longo de nossa pesquisa: a discussão sobre os medicamentos e sua interferência sobre os limites tradicionais do corpo. As transformações das biotecnologias parecem interferir drasticamente na desnaturalização do corpo humano. O uso dos medicamentos e seu engendramento químico no corpo humano são mais um agente da realidade de protetização e potencialização do corpo, a partir das demandas de desempenho da sociedade moderna, onde é central determinada concepção de ser: o indivíduo cuja capacidade de produção exceda limites, ele pode mais, ele gera mais recursos, ele consome mais. A construção deste ser nos faz lembrar a narrativa prometeica que, acompanhada de perigos e da implícita vontade de poder, parece estar sendo mais uma vez reeditada na realidade de consumo dos fármacos, os quais encerram promessas de conquista e restrições devido aos possíveis golpes sobre a saúde de quem os usa. As fronteiras tradicionais entre o vivo e o artificial, o humano e o inumano, se apagam quando pensamos nos fármacos enquanto “próteses químicas”.¹

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

APPADURAI, A. *A vida social das coisas: mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: EDUFF, 2008.

1 Termo emprestado de Vargas (2001).

- AZIZE, R. L. A saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas In: LEITÃO, D.; LIMA, D.; MACHADO, R. P. (Org.). *Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre: AGE, 2006.
- BARROS, D. *Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários*. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BARROS, D. Representações sociais do metilfenidato. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL: CULTURAS, ENCONTROS, DESIGUALDADES, 9., 2011, Curitiba. *Ata...*, Curitiba: UFPR, 2011.
- BASTOS, J.; GRECCA, K. *TDH casos e discussões: tratamento multimodal do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade*. [S.l.]: Inscience Communications, jan. 2012. Não publicado.
- VEJA. Brasil é o segundo maior consumidor do medicamento Ritalina. *Beta Veja.com*, [São Paulo], 16 maio 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/brasil-e-o-segundo-maior-consumidor-do-medicamento-ritalina/>>. Acesso em: 10 out. 2012.
- COELHO DOS SANTOS, F.; Máquinas em carne viva: a diagonal das ontologias. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 24., 2000, Petrópolis. *Anais...* Petrópolis: Fapesp, 2000.
- COELHO, E. *O psicofármaco e sua magia: considerações acerca do uso do metilfenidato na contemporaneidade*. 2013. 74 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- DUARTE, L. Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 9, p. 13-28, out. 1998.
- EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida: Ideias e Letras, 2010.
- GIDDENS, A. *Modernity and Self-Identity: self and Society in the late modern age*. Cambridge: Polity press, 1991.
- ITABORAHY, C. *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LUENGO, F. C. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicação da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MANICA, D. *A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas*. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL: CULTURAS, ENCONTROS, DESIGUALDADES, 9., 2011, Curitiba. *Ata...*, Curitiba: UFRP, 2011.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural de reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

NOVARTIS. Ritalina®. São Paulo: Novartis Biociências S.A, 2015. Disponível em: <<http://www.portal.novartis.com.br/upload/imgconteudos/1518.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

ONU. *Psychotropic substances: statistics for 2007: assessments of annual medical and scientific requirement*. [S.l.], 2008. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2008/psy_2008.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

ORTEGA, F. et al. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, Butucatu, v. 14, n. 34, p. 499–510, 2010.

PIGNARRE, P. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34, 1999.

SIBILIA, P. Do homo psico-lógico ao homo tecno-lógico: a crise da interioridade. *Revista Semiosfera*, Rio de Janeiro, ECO: UFRJ, ano 3, n. 7, 2004.

VARGAS, V. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetividade e uso de “drogas”*. 2001. 600 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

Entre o “desengano médico” e “a última esperança”: notas etnográficas sobre a busca de tratamentos com células-tronco na China

Núbia Bento Rodrigues

Depois de 1 ano de internamentos, S. ficou em uso de muitos medicamentos e com muitas sequelas, a pior delas foi a Paralisia Cerebral. [...] Depois de todo esse processo de hospitais, S. faz fisioterapia e fonoaudióloga diariamente e terapia ocupacional três vezes na semana [...], mas ela ‘ainda’ não sustenta o pescoço, não senta, não anda, ‘ainda’ não fala, ela se alimenta via gastrostomia e respira por uma traqueostomia que retardou todos os movimentos dela. Adquiriu lesões neurológicas por falta de oxigênio. Até a ponta de seu dedinho indicador caiu de necrose. Foi ‘desenganada várias vezes pelos médicos’ e Deus ali com ela dando suporte, pois a última palavra quem dá é Deus. Sempre estou à procura de tudo o que possa melhorar o quadro de S. Levamos ela pra fazer aplicações de células-tronco, que ‘ainda’ está em processo de mostrar os resultados. (Mãe de criança com paralisia cerebral)

Você recebe o diagnóstico de uma doença aguda, crônica ou degenerativa. Os tratamentos disponíveis não garantem cura ou remissão de sintomas; apenas atenuam dores e retardam o agravamento.

Silêncio. Soluços. Horizontes sombrios. A morte espreita. Você foi “desenganado pelos médicos”, deve encarar a verdade. Esta é uma expressão idiomática comum no Brasil e designa o conhecimento do paciente em relação à real condição de saúde. Ao conhecer “a verdade”, as esperanças se esvaem, não há muito o que fazer senão aguardar a morte. Um desenganado não espera ter sua vida salva. Contudo, muitas pessoas se dizem dispostas a tentar “tudo o que estiver ao alcance”, até se submeter a pesquisas experimentais, testar novas drogas. Importa ver renascer a esperança (ou ilusão) de melhora ou cura.

“Abaixo de Deus, somente os médicos são capazes de trazer a saúde de volta”. Diversas vezes li ou ouvi alguém dizer estar disposto a “tentar tudo até o fim, mesmo que seja algo experimental”, pois o desengano em relação à gravidade da situação não aniquila a esperança de encontrar uma saída.

No vasto campo dos cuidados em saúde, escolhi um cenário muito específico: as estratégias de familiares de crianças com limitações físico-motoras, a maioria em consequência de paralisia cerebral, para arrecadar dinheiro e custear tratamentos experimentais com células-tronco no estrangeiro, com predominância da China. No Brasil, para cada 1000 crianças nascidas, sete terão o diagnóstico de paralisia cerebral, cerca de 17 mil novos casos a cada ano. (ZANINI et al., 2009)

Dentre as principais sequelas, destacam-se dificuldades físicas e motoras, que limitam a fala, a marcha, a deglutição. O advento das células-tronco tem levado os pais destas crianças a afirmar que seus filhos “não podem andar ou falar ‘ainda’”. O advérbio destacado traduz as expectativas das pessoas com alguma deficiência ou doença degenerativa, em relação às terapias potenciais com células-tronco. Em janeiro de 2013, o *Jornal Nacional*¹ emitiu uma série

1 Mais informações disponíveis em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Ch-ZPrnVFB1I>>. <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2013/01/medicos>>

de reportagens sobre o tema. Cientistas entrevistados afirmaram que, no momento, não há qualquer tratamento com células-tronco já confirmado pela comunidade científica internacional. Igualmente, até o presente, as agências reguladoras, no Brasil, jamais autorizaram qualquer tratamento com células-tronco. Alguns ensaios clínicos em humanos vêm sendo realizados, para um número muitíssimo limitado de doenças, em centros de pesquisa espelhados pelo mundo, ainda sem aplicação em larga escala. Os pesquisadores reafirmam que jamais se deve pagar para receber tratamentos experimentais. Advertem que promessas de cura ou melhoras devem ser compreendidas sob o signo da cautela, porquanto são grandes as chances de não passarem de mero charlatanismo.

Entretanto, várias empresas de biotecnologia oferecem tratamentos com células-tronco para dezenas de problemas de saúde. Durante a pesquisa, a China despontou como o principal destino das pessoas em busca destas terapias. No *website* de uma empresa chinesa lê-se:

Beike Biotechnology é uma empresa de biotecnologia, cujos cientistas têm se dedicado ao desenvolvimento e comercialização de terapias com células-tronco adultas, desde 1999. Atualmente, a empresa dispõe de uma linha completa de produtos, derivados de células-tronco extraídas de sangue de cordão umbilical e medula óssea. As tecnologias de processamento e segurança oferecidas pela Beike preparam as células para serem usadas em uma variedade de condições médicas graves, incluindo ataxia, danos cerebrais, *paralisia cerebral*, doenças relacionadas à diabetes, isquemia dos membros inferiores, esclerose múltipla, distrofia muscular, lesões da medula espinal, lesões do nervo ótico. (BEIKE..., 2005, tradução nossa)²

-alertam-contra-solucoes-milagrosas-em-tratamentos-com-celulas-tronco.html>.

2 Beike Biotechnology is a leading biotechnology company whose scientists have been dedicated to the development and commercialization of adult stem cell

Num artigo que escrevi sobre tecnologias de longevidade (RODRIGUES et al., 2008), a esperança é uma chave para se entender vários fenômenos no campo da biotecnologia. Para explorar os diversos sentidos desta categoria, criei um alerta num serviço do Google, para angariar notícias que a relacionasse às palavras-chave “células-tronco”, “terapia celular”, “medicina regenerativa”. Tomei conhecimento de um tipo muito específico de “ativismo em saúde”. Pessoas de diversas partes do país se organizam através de uma rede de *blogs* de troca de informações e de ajuda mútua, em busca de tratamentos para minimizar sequelas da paralisia cerebral ou alguma doença degenerativa. Acompanhei atividades de quase 40 famílias, de diferentes estados do Brasil, que se conheceram através da *internet* e desenvolveram estratégias para arrecadar dinheiro e custear viagens ao estrangeiro, em busca de terapias com células-tronco.³ O pai da primeira criança brasileira a ir para a Ásia se tornou a principal referência para outras famílias e representante legal da Beike Technologies no país.

Com a ajuda da *internet*, os sujeitos se tornam, por assim dizer, especialistas “*lato sensu*” em diversos problemas de saúde. Passam a dominar os jargões do campo biomédico e tornam-se proativos. Por isso, dialogam mais facilmente com profissionais de saúde, quando precisam decidir sobre terapias. No entanto, o maior domínio

therapies since 1999. The company currently produces a full line of stem cell products derived from umbilical cord, cord blood, and bone marrow stem cells. Beike's proprietary processing and quality assurance technologies prepare the cells for use in treating a variety of serious medical conditions including ataxia, brain injury, cerebral palsy, diabetic foot disease, lower limb ischemia, multiple sclerosis, muscular dystrophy, spinal cord injury, and optic nerve damage.

- 3 Para ler reportagens recentes sobre o tema, acesse o *site* disponível em: <<http://claudia.abril.com.br/materia/celulas-tronco-saiba-porque-cresce-o-numero-de-paciente-que-buscam-tratamento-na-china?p=%2Fsaude%2Fprevencao-e-cura&pw=2>>. Acesso em: 20 ago. 13. <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral, ganhador-do-nobel-alerta-sobre-falsas-terapias-com-celulas-tronco,942931,0.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

da linguagem biomédica por parte dos primeiros nem sempre é bem visto pelos segundos, o que pode resultar em conflito. Os profissionais de saúde tem a autoridade desafiada pela vulgarização do conhecimento científico, no contexto da biomedicina de mercado. O corpo humano, na perspectiva da medicina tecnológica, é interpretado como um fenômeno mais biológico, mas isso não significa considerá-lo um ente imutável, ou somente compreendido pelos médicos, terapeutas, cientistas. Tampouco significa interpretações uniformes. Por isso, pacientes e familiares questionam os profissionais de saúde, em relação a diagnósticos e prognósticos de doenças. Além de recorrerem à “segunda opinião”, isto é, consultarem outro especialista.

As “novas tecnologias médicas” partem da premissa da individualidade genética, logo, singularidade terapêutica. O corpo é compreendido como uma entidade plástica, que pode ser cirurgicamente alterada e geneticamente manipulada, tanto na fase embrionária, quanto através de terapias. (FOUCAULT, 2004; HABERMAS, 2004; TAUSSIG, 2012) Em alguns casos, a atividade científica se torna uma “*Epistemic Transgression*”, para usar a expressão de Taussig (1993, p. 31), pois, escancara o que estava escondido, alterando-o. O corpo humano foi dessacralizado e escrutinado em todas as dimensões e pode ser tocado, manipulado, alterado, remexido, remixado. Os órgãos não mais estão presos a supostas “programações” genéticas, pois a medicina regenerativa é capaz de alterar seu comportamento, corrigir defeitos herdados ou adquiridos. Por um lado, os cientistas buscam descobrir e controlar as substâncias bioquímicas do corpo humano. Por outro, a popularização deste tipo de conhecimento científico influencia a experiência somática dos pacientes e familiares, e serve como fundamento para as práticas sociais que objetivam resultados muito específicos. O ativismo familiar dos pais de crianças com paralisia cerebral pode ser entendido sob a luz deste discurso social que ressalta as promessas da medicina genética. Seduzidos pela esperança dos resultados imediatos, os pais

decidem sobre os tratamentos de seus filhos, a despeito do que é afirmado pelos médicos clínicos e especialistas que os acompanham.

Por isso, famílias de crianças com paralisia cerebral, cujos *blogs* acompanhei, buscam meios para custear tratamentos com células-tronco em clínicas estrangeiras. Além da China, alguns se trataram na Alemanha, numa clínica que foi interdita pelo Ministério da Saúde alemão, em 2012, após a morte de uma menina que recebeu enxerto de células-tronco.

Basicamente, os conteúdos dos *blogs* são organizados a partir de três circunstâncias: 1) a arrecadação de dinheiro para custeio de tratamentos com células-tronco; 2) o diário da viagem, da estadia e do tratamento no país estrangeiro; 3) o relato da rotina após o retorno ao Brasil e avaliação dos resultados, incluindo aí também as frustrações.

Esclareço que os textos, fotografias, vídeos, histórias, que me levaram a elaborar este capítulo estão publicados em vários *blogs*, sem restrição de acesso ou proteção contra cópias. Para realizar as campanhas, as famílias são obrigadas a expor suas experiências e sentimentos mais íntimos, em situações bastante delicadas. Contudo, por se tratar de crianças, optei por não usar seus nomes, apenas a inicial. Quando citei textos escritos pelos pais, indiquei em nota de rodapé os links de acesso à página hospedada na *internet*, para respeitar a autoria.

Assinalo duas exceções: o *blog* União das Distrofias,⁴ escrito e mantido pelo pai de um menino com distrofia muscular; e o *blog* Meus Frutos,⁵ escrito pela mãe de um menino com paralisia cerebral. No primeiro caso, a família arcou os custos da viagem à China e, além disso, o *blog* é usado como um espaço para reivindicar o respeito aos direitos das pessoas com necessidades especiais. No segundo caso, a mãe do menino com paralisia cerebral é entusiasta das terapias ce-

4 Disponível em: <www.uniaodasdistrofias.com.br>.

5 Disponível em: <www.meusfrutos.blogspot.com>.

lulares, mas decidiu não submeter o filho a tratamentos considerados experimentais. Daniel Moreira (União das Distrofias) e Cláudia Lacerda (Meus Frutos) me autorizaram por *e-mail* a divulgar os endereços de seus *blogs*, pelo caráter político de suas posições pessoais. Para eles, os problemas de seus filhos não podem ser pensados numa perspectiva individual. Por isso, os *blogs* são espaços de reflexão sobre os desafios de cuidar de filhos com deficiências; sobre formas de lutar contra os estigmas e preconceitos sociais contra estas alteridades. Eles esperam que outros pais se sintam fortalecidos para enfrentar uma sociedade tão hostil aos que são “diferentes”.

OS BLOGS E AS NARRATIVAS DA DOR E DA ESPERANÇA

Para facilitar a vida dos meus possíveis leitores, fiz uma síntese em paráfrase dos conteúdos dos *blogs* que acompanhei. As narrativas seguem um certo padrão.

A apresentação

Uma criança nasceu, contudo, aconteceu algo excepcional que mudará a história da família para sempre. Talvez tenham sido complicações na gravidez ou algum evento no transcorrer do nascimento. Quem sabe este fato extraordinário tenha a ver com efeitos de uma vacina, ou sequelas decorrentes de um afogamento. Após o diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC), o curso da narrativa ressalta imagens de um futuro incerto e repleto de limitações.

Nos casos mais graves, uma pessoa com paralisia cerebral enfrentará dificuldades para comer alimentos sólidos. Alguns sequer podem engolir pastosos, restando-lhes apenas a alimentação via sonda abdominal. Alguns, dificilmente escovarão os dentes sem auxílio; outros, talvez nunca possam caminhar, falar, subir em árvores etc. Para executar tarefas simples, o corpo de alguém com PC deve ser

modelado pelas várias técnicas de reabilitação, tais como equoterapia, fonoterapia, fisioterapia, hidroterapia, eletroestimulação, dentre outras atividades que fazem parte da rotina diária dos que dispõem de mínimo acompanhamento. Contudo, nem todas as famílias têm condições financeiras para bancar estas técnicas corporais. A autonomia motora torna-se um sonho distante, mas não se pode desistir de buscar qualquer melhora na “qualidade de vida”. Este é um conceito chave para se entender as razões pelas quais as famílias contrabalançam os riscos dos tratamentos experimentais.

Desdobramentos

Os parágrafos precedentes são uma alegoria formulada a partir dos relatos de pais de pessoas com paralisia cerebral, que estão em campanha para arrecadar recursos para tratar os filhos no exterior. Os pais são levados a narrar em detalhes as dificuldades enfrentadas. Numa reportagem no *Jornal da Tarde* a mãe de uma criança de 06 anos fala sobre os constrangimentos de apresentar a vida privada da família na *internet*. Em suas palavras, “fazer a campanha é um processo super desgastante, porque estamos expondo nossa filha. Foi muito difícil no começo, porque eu e meu marido somos muito tímidos”.⁶

Nos *blogs* que acompanhei, fotos das crianças são colocadas em destaque. Os textos de apresentação falam das alegrias do nascimento e das amarguras da descoberta da condição médica que limita drasticamente o desenvolvimento físico-motor da criança. Os prognósticos desanimadores levam os pais a buscar “melhorar a qualidade de vida”⁷ do filho. E isto inclui recorrer a tratamentos não autori-

6 Disponível em: <<http://www.jt.com.br/editorias/2010/04/11/ger-1.94.4.20100411.3.1.xml>>.

7 Apesar destes *blogs* estarem hospedados na web, sem restrição de acesso, por envolver a vida de crianças, neste texto optei por não registrar os nomes e as fontes consultadas, mantendo as identidades resguardadas.

zados no Brasil. Para muitos, a esperança é também traduzida como uma expectativa de milagre e manifestação da fé. São corriqueiros os pedidos de correntes de oração, celebrações de cultos e missas em benefício das famílias. As crianças “cujas vidas são detalhadamente apresentadas na *internet*” enfrentam muitos obstáculos para realizar tarefas diárias, tais como comer, se vestir e se comunicar. Por isso, os pais esperam que as novas tecnologias médicas reforcem o sentido do advérbio de tempo assinalado na epígrafe: seus filhos não tem autonomia para realizar muitas tarefas simples, “ainda”.

A criança de cujo *blog* extraí a epígrafe tinha 6 anos na época da pesquisa. A paralisia cerebral lhe foi uma seqüela adquirida, após permanecer longos meses internada numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil, tratando-se de problemas cardíacos. Seus pais pretendiam levá-la para tratamento na China, ao custo de cerca de US\$ 60.000,00. Para obter a quantia, sortearam eletrodomésticos, bicicletas, instrumentos musicais e animais de criação (carneiros e porcos). Eventos e festas beneficentes foram organizados; canetas, camisetas, calendários, com fotos ou o nome da criança foram vendidos por amigos e parentes, rendendo altos valores. Doações em dinheiro e depósito bancário foram coadjuvantes importantes. A mãe registrava no *blog* os passos de cada etapa da campanha. Os percentuais arrecadados eram graficamente expostos. A família peregrinou por programas de TV, rádio, feiras livres etc., pelo interior da Bahia. A menina os acompanhava por toda parte, pois muitas pessoas só contribuía se ela estivesse presente. Mas a exposição da criança se prolongava para além da presença, bem como não se limitava a demonstrar seu estado atual. No *blog*, fotografias exibiam a pequena S.K. internada em um hospital de Salvador, entre 2004 e 2005. Uma imagem revelava o exato local de uma gastrostomia, intervenção cirúrgica para implantação de uma sonda abdominal que garantiria sua alimentação. O observador podia verificar em cores vivas uma inflamação nos pontos de sutura. O aparato tecnológico e a descrição de procedimentos médicos eram o cenário da narrati-

va sobre a vida da menina, durante os longos meses vividos na UTI de um hospital de Salvador. As fotos mostravam o rosto da criança inchado. Ligada a um respirador artificial, a menina tinha um olhar triste. Ao contrário de sua mãe, que estava sempre sorrindo. Quando estas dificuldades foram superadas, a família voltou à cidade natal, cerca de 110 km a NE da capital. Além das sequelas da paralisia cerebral, a menina deixou de respirar espontaneamente, sendo obrigada a usar um equipamento médico, disposto em forma de um colar que monitora uma abertura na traqueia.

As imagens exibidas neste *blog* me pareceram bastante perturbadoras; a criança era apresentada em cores e carne vivas, e isto me obrigou a pensar que toda exposição é uma via de mão dupla. Por um lado, é possível argumentar que os pais usaram as fotos do período mais crítico como um recurso realista para conquistar, ativamente, a solidariedade das pessoas em prol da causa em questão. Em contrapartida, estes pais são criticados por outras famílias que não confiam nestes tratamentos “*made in China*”; ou não querem apresentar suas vidas a olhos tão despidos. Além disto, os cientistas brasileiros duvidam da ética dos colegas chineses por cobrarem valores altos por tratamentos experimentais que deveriam ser gratuitos.

O debate entre cientistas e pais de crianças tratadas na China se estabelece, em alguns momentos, de maneira acusatória. Transcrevo abaixo um texto escrito por uma “mãe em campanha”, em seu *blog*, comentando as declarações de uma pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp):

Deixo aqui minha observação com tristeza e revolta como mãe que sou, quando ainda hoje com tantos avanços e provas vivas de que vale a pena tentar...leio notícias como essa:

Destaco esse trecho do *Jornal da Tarde* do dia 11 de abril de 2010: ‘pesquisadora do banco de sangue de cordão umbilical, da Unicamp, Ângela C. afirma já ter sido consultada por pessoas em busca dos tratamentos na China. Disse claramente que não de-

veriam ir, mas o apelo dos chineses é muito forte e as famílias perdem a cabeça com essa luzinha no fim do túnel.’

Para Ângela, a China não tem compromisso ético com os resultados. ‘Não sabemos a fonte das células e nem no que elas irão se transformar. Não faz sentido se submeter a um *tratamento* desse’, diz.

Ora senhora Ângela, realmente, para quem estuda essa ciência, é fácil e ético emitir opiniões não comprometedoras...até porque suponho que a senhora não tenha nenhum filho com lesão cerebral e viva 24 horas do seu dia, fazendo verdadeiros malabares, para que, num país retrogrado e atrasado cientificamente, seu filho possa sobreviver com o mínimo de dignidade.

Seria realmente muito mais correto, mais fácil e mais orgulhoso para o nosso país, noticiar daqui a não sei quantos anos, que esses maravilhosos resultados que já temos na China, foi finalmente aprovado cientificamente... e até lá? Se fosse seu filho, você esperaria... ou correria atrás dessa ‘luzinha’ como a mesma citou na reportagem?

Penso que ao invés de apenas desestimular, vocês poderiam quem sabe fazer uma campanha para arrecadar fundos [...] afinal tenho ouvido tanto que nosso país não tem dinheiro para novos investimentos científicos [...] e então, poder enviar profissionais brasileiros para entenderem e aprenderem a ciência... para quem sabe poderem fazer aqui por caridade. Porque isso sim, é uma luzinha no fim do túnel... caridade com novas tecnologias [...].

Nunca tente justificar nenhuma resposta, tentando derrubar, menosprezar e desestimular os que estão do lado contrário. Deus te abençoe, e permita que cada vez mais, você possa ter acesso aos melhores estudos científicos genéticos [...] enfim, e sem esquecer que atrás de porcentagens e números, existem seres humanos, emocionalmente cansados de tantas injustiças. E a todos os países, em campanha...jamais desanimem, pois nossa luta não é por uma luzinha no fim do túnel, é sim uma tentativa de ver os nossos filhos, tendo qualidade de vida melhor. Ver nossos filhos poder esboçar um sorriso na face, vê-los poder levar

a comida até a boca [...]. E como diz um velho ditado: pimenta só dói nos olhos dos outros[...].

Conforme já mencionei, cientistas de diversos países afirmam que os chineses só “divulgam o que lhes interessa”, isto é, não apresentam dados dos ensaios clínicos relativos aos tratamentos vendidos na *internet*. Os “pais em campanha” afirmam que não podem esperar pelos resultados das pesquisas brasileiras. Para eles, os cientistas nacionais desprezam os chineses porque não querem admitir “o atraso tecnológico brasileiro”, devido ao baixo investimento governamental em pesquisas. Nesta arena, estão em jogo os interesses dos cientistas em desacordo às necessidades imediatas dos doentes e seus familiares.

Nestes tempos de telemedicina e amplo acesso a informação sobre diagnósticos e tratamentos (BROWN; WEBSTER, 2004), os pacientes se tornaram muito mais autônomos e críticos em relação ao discurso médico-científico. Além disso, os movimentos sociais e o ativismo em saúde, em muitos casos, são forças potentes e capazes de direcionar os investimentos e as prioridades em pesquisa científica.

No contexto destas notas etnográficas, distinguem-se dois tipos de ativismo: o coletivo e o familiar. O ativismo coletivo congrega grupos de pressão dos quais participam cientistas, profissionais de saúde, legisladores, cuidadores, pacientes e familiares. A tônica é a aprovação ou alteração de leis; criação de políticas públicas de atenção à saúde, desde a atenção básica à pesquisa em alta tecnologia etc. São vários exemplos recentes no Brasil: o Movimento de Luta Antimanicomial; quebra de patentes dos medicamentos para tratamento do HIV-AIDS; a votação da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) à Lei nº.11.105, artigo sobre uso de embriões humanos em pesquisas científicas.

Em outra direção, o ativismo familiar é voltado para demandas individuais, de sujeitos concretos. A lógica é mais imediata, por exemplo, arrecadar dinheiro para custear tratamentos ou compra

de próteses especiais, cadeiras de rodas motorizadas, não pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tudo visa “melhorar a qualidade de vida” de uma pessoa e rede familiar. Os ativistas coletivistas, contrariamente, estão conscientes da longa espera pelos resultados de suas ações e se não são diretamente beneficiados, orgulham-se dos legados que podem deixar às gerações futuras. Para os que lutam por benefícios imediatos, qualquer esforço valerá à pena se o filho melhorar um pouquinho a marcha ou a deglutição. Sua luta, dizem, é contra o tempo. Os ganhos são minimalistas e os riscos imensuráveis. Se os tratamentos experimentais surtirem efeito, os ativistas familiares afirmam que se envolverão em causas coletivas. Lutarão pela ampliação de pesquisas e ensaios clínicos no Brasil. Também poderão batalhar para que o SUS pague uma parte dos custos das viagens ao estrangeiro e ofereça suporte terapêutico às pessoas que se trataram no exterior.⁸ Assim, poderão contribuir para mudanças mais amplas que favoreçam um contingente muito maior de pessoas no Brasil.

Os *blogs* são denominados pelo prenome da criança/pessoa e o desejo a ser realizado. Palavras tais como sonhos, milagres, sorrisos são justapostas ao nome da criança. Estes diários virtuais são o registro do dia a dia da “família em campanha”,⁹ com detalhes sobre ações já concluídas. Fotografias, recortes de jornal, entrevistas em emissoras de TV, vídeos, dão vida aos eventos realizados em prol da criança. Os montantes arrecadados são comparados ao que ainda é preciso conseguir.¹⁰ As ações vindouras também são planejadas e divulgadas, com antecedência. Todos os parceiros são citados, pessoas físicas ou jurídicas que doaram dinheiro, artefatos ou serviços

8 Segundo informam, acupuntura, fisioterapia, eletroestimulação devem ser iniciadas logo após as aplicações de células-tronco, para o enxerto desenvolver seu potencial reparador.

9 Termo comumente utilizado pelas próprias pessoas que escrevem os *blogs*.

10 Os custos dos tratamentos variam conforme patologia e quantidade transfusões de células-tronco.

que podem ser negociados em leilões, rifas, bingos etc. Também publicam imagens de quem já aderiu à campanha de solidariedade, o que contraria o argumento de Derrida (1999), em *Donner la Mort*, sobre a necessária relação entre dádiva, segredo e mistério. Este tema será retomado na parte final do texto.

No capítulo *Going Outside of Ourselves: The Art of Storyteller*, Taussig (1993) me ajuda a entender a eficácia prática das estratégias das campanhas. *Blogs* são, em uma definição básica, registros diários publicados na *World Wide Web*, sobre temas e motivos variados. Nestas páginas, cabe de tudo um pouco, numa troca de informações enciclopédicas, no sentido próximo à definição de Jorge Luís Borges, para o livro e a biblioteca: um bosque de sentidos capazes de fazer o leitor se perder de si mesmo e a se entregar às diferenças. Para Taussig (1993, p. 40, tradução nossa), isto é possível a partir da faculdade mimética da narrativa:

[A] ação fundamental da faculdade mimética de nos envolver fisicamente na alteridade é muito semelhante à tarefa da narrativa. Pelo narrador incorporar esta situação de pausa e movimento, na qual o distante foi trazido ao aqui-agora, arquétipo localizado onde o viajante finalmente retorna e reencontra quem ficou em casa.¹¹

A boa narrativa nos envolve e transporta para além do que é narrado. Assim, construímos nosso próprio contexto, pelas faculdades da mimese e da comparação. Leitores e famílias em campanha se aproximam, pela força da analogia e da verossimilhança. Os laços de empatia resultam em diferentes formas de cooperação. Os eventos públicos organizados em prol da criança são as provas ma-

11 The fundamental move of the mimetic faculty taking us bodily into alterity is very much the task of storyteller too. For the storyteller embodied that situation of stasis and movement in which the far-away was brought to the here-and now, archetypical that places where the returned traveler finally rejoined those who had stayed at home.

teriais e fenomenológicas, por assim dizer, das histórias apresentadas nos *blogs*. Também são fontes de renovação e realimentação dos *blogs*, com fotos, vídeos e testemunhos das pessoas que colaboraram. Assim, os *blogs* são narradores que transportam o leitor/ouvinte para a vida das famílias, através de jogos de mimese e diferença. A primeira nasce do reconhecimento de que qualquer família poderia viver a mesma dor e sofrimento. A segunda se manifesta na solidariedade em si, pois marca a real diferença entre quem doa e a quem se destina a doação (dinheiro, trabalho, produtos, apoio etc.), pois

Benjamin escreveu [Sobre a Faculdade Mimética] que a percepção da similaridade sempre se aproxima do lampejo instantâneo. ‘Faz o passado deslizar’, diz ele (numa linguagem idêntica àquela de ‘Teses sobre a Filosofia da História’), ‘[e] pode certamente ser recuperado, mas não pode ser, de fato, rapidamente apropriado, diferente de outras percepções. Ela se apresenta aos olhos tão furtiva e transitória como uma constelação de estrelas.’¹² (TAUSSIG, 1993, p. 39, tradução nossa)

Para uma “mãe em campanha”, em Salvador, muitas pessoas tem receio de doar por depósito bancário, pois não são raros os casos de fraudes ligadas a pedidos de ajuda financeira. Segundo ela, as notícias de desvio de dinheiro e alimentos arrecadados para vítimas de flagelos, como enchentes, desabamentos etc., até escândalos de grande repercussão, tal como o que envolveu a Legião da Boa Vontade (LBV), em 2001,¹³ prejudicam quem realmente precisa de ajuda. Por isso, ela sempre alerta para que as famílias “encerrem verdadeiramente a campanha”, quando arrecadarem o que precisam.

12 Benjamin wrote [On the Mimetic Faculty] that the perception of similarity is in every case bound to an instantaneous flash. ‘It slips past’, he says (in language identical to that of the ‘Theses on the Philosophy of History’), ‘[and] can possibly be regained, but cannot really be held fast, unlike other perceptions. It offers itself to the eye as fleetingly and transitorily as a constellation of stars.

13 Disponível em: <<http://www.wooz.org.br/setor3doa%C3%A7oes.htm>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

A solidariedade para com uns não pode ser maculada pela desonestidade de outros. Ela já ouviu insinuações de que alguns pais exploram ilicitamente a imagem de seus filhos, solicitando auxílio financeiro que não será usado para o tratamento da criança, o que constitui crime de estelionato, tal como previsto no Artigo 171, do Código Penal Brasileiro (1940). Também ouviu críticas contra famílias que divulgam fotos de passeios e momentos de lazer, durante a “viagem terapêutica”.

Suas preocupações me fizeram lembrar do texto “Divinas Palavras”, de Ramón del Valle-Inclán, publicado em Madrid, em 1920. É a história da disputa entre duas mulheres pela guarda do garoto Laureano, após a repentina morte de Juana la Reina, a mãe dele. Não era o amor ao garoto com PC, o sentimento que motivava a peleja entre Marica del Reino e Mari Gaila, irmã e cunhada da falecida. Era a cobiça para levar Laureano em um carrinho de mão, entre feiras, igrejas e freguesias, para despertar a compaixão das pessoas, em troca de dinheiro. As duas mulheres apenas imitariam a mãe do menino, Juana la Reina, que levou boa vida às custas da deficiência do filho. Após muitas desavenças, decidiram pela guarda compartilhada. Cada uma esmolaria com Laureano por três dias da semana e dois domingos por mês. Laureano (“*El carretón*”) trabalhou sem descanso, até morrer num ataque de asma.

Em viagens pelo sertão da Bahia, me deparei com cenas parecidas. Pessoas com deficiência são levadas de feira em feira, em veículos equipados com aparelhagem de som. O motorista enumera as dificuldades vivenciadas pelas famílias e estipula o dinheiro de que precisam. Há quem se aproxime do carro apenas para olhar as feições dos ocupantes, em especial a pessoa à espera da caridade. Há também quem arremesse dinheiro pela janela, sobre o corpo da pessoa com deficiência, evitando até mesmo o contato visual.

Num dos *blogs* que acompanhei encontrei uma fotografia de uma mulher e uma criança, sob uma barraca de lona montada numa feira livre. A legenda informava: “aqui mamãe e filinha, não sei onde,

a gente já rodou várias feiras...”. Apesar de esta mulher percorrer feiras livres, em busca de auxílio monetário em benefício de sua filha, as fotografias da menina e dos produtos a serem vendidos marcam a diferença entre a caridade e a solidariedade. A primeira é um fim em si mesma e se realiza como esmola. A segunda é um instrumento de busca terapêutica. O dinheiro deixa de ser um fim (esmola) para se tornar um meio de custear tratamento para a pessoa deficiente. Com a esmola as famílias de pessoas com paralisia cerebral enfrentam o cotidiano, numa condição que parece imutável. Mas, o recurso doado em prol de tratamentos médicos permite pensar na transitoriedade da situação. A venda de produtos também acentua a diferença entre estes dois tipos de doação, pois se configura como uma transação comercial altruísta. As feiras livres são grandes acontecimentos em pequenas cidades. Por isso oferecem a vantagem de congregam muita gente, sem prévia divulgação. Basta encontrar espaço, montar a barraca e abordar os passantes, entregando folhetos com a história da criança e os motivos de sua presença no lugar. Segundo a mãe de S., muitos não acreditavam na idoneidade dos adultos se a criança não estivesse presente, o que era um desgaste para a frágil saúde dela. Apesar de tudo, não restava alternativa. Caso contrário, não realizaria o projeto de tratamento no estrangeiro.

Durante a pesquisa, encontrei apenas um *blog* de uma família que pagou todas as despesas do tratamento na China, com recursos próprios, cerca de US\$ 30.000,00. Escrito pelo pai de um garoto, à época com 9 anos, este *blog* quase nada informa sobre a história pessoal da criança. Tampouco se sabe sobre a família, ou como se deu a descoberta da distrofia muscular. Quase não há fotografias, apenas algumas imagens de sessões de fisioterapia, em Beijing e alguns de passeios da família pela China. O nome do *blog* é referente ao ativismo social em saúde e ao problema da criança. Os textos são escritos pelo pai do garoto e discorrem sobre muitos assuntos ligados à atenção em saúde e outros temas de interesse coletivo, por exemplo, o desrespeito quase generalizado às leis de acessibilidade para

portadores de necessidades especiais (MOREIRA, 2010), situação bastante comum numa sociedade onde alguns direitos sociais são considerados “privilégios”. O autor também publica respostas a matérias jornalísticas, tal como se pode ler numa postagem de outubro de 2011, transcrita a seguir. Neste caso, ele aborda o estigma contra famílias de pacientes que vão ao estrangeiro, tratadas pela mídia como “turistas de células-tronco”.¹⁴

Se existe algo que pode transtornar um pai ou uma família é uma doença que aflige um filho ou ente querido, principalmente quando a doença é degenerativa progressiva e esse paciente reside no Brasil.

Não bastasse o caos da saúde pública e privada no país, falta de recursos, a incompetência médica pela péssima formação nas escolas e universidades brasileiras, a roubalheira promovida pelos partidos políticos que rateiam os ministérios, a ganância financeira dos laboratórios, a má distribuição das poucas verbas, a fogueira de vaidades que permeia nossos pesquisadores, a mídia subserviente e omissa, vem agora alguns cientistas da área nos ‘rotular’, para encobrir suas próprias incapacidades, de ‘turistas das células-tronco’.

Todos nós residentes no Brasil, que temos no seio familiar parentes portadores de patologias degenerativas e que estamos cansados de percorrer o Brasil e exterior e ter portas batidas na cara, e ouvir declarações como: ‘célula-tronco’ não é para ‘geração de seu filho’, ou em 2001: ‘... dentro de 06 a 10 anos teremos alguma coisa concreta’ ou ainda: ‘... utilizamos cobaias animais, pois em seres humanos pode ser catastrófico, podem provocar tumores... etc...’, em Milão ‘... seu filho tem 2 anos de vida...’ e outras besteiras que saem da cabeça de pesquisadores brasileiros *descompromissados com o tempo* e que não tem na família alguma situação igual ou se têm, esta tratando às escondidas. Afinal, o que é pior? Morrer pela doença ou pelos novos hipotéticos tumores? *Prefiro que meu filho morra de tu-*

14 Para outras informações, ver em: <<http://uniaodasdistrofias.blogspot.com.br/2012/06/celulas-tronco-ilusao-chinesa-revista.html#more>>.

mores que ter o remorso de não ter ido em busca da esperança.
Não posso viver com essa dúvida,... eles podem!

Fomos sim à Beijing e iríamos à p.q.p. se nos acenassem com um mínimo de esperança e, para nós, os resultados obtidos foram sensacionais e estamos felizes com a significativa melhora de nosso filho, [vejam aqui fotos comparativas] como também felizes por outra situação maravilhosa que aconteceu com outra criança, portadora de Moyamoya, e, em nenhum desses casos houve ‘turismo’, houve sim, desespero! O que acontece é que ninguém se interessa por resultados positivos, querem é alimentar a vaidade e manter-se na eterna dependência do FDA.

Tenho mantido contato com portadores dessas doenças degenerativas e o que mais me admira são o otimismo e a esperança que os move, as quais compartilho, entretanto, essa não é a postura dos senhores da medicina brasileira, justificam suas posturas frias e calculistas com a falta de verbas, os políticos, (malditos políticos), sempre priorizam seus interesses, o sucesso do tratamento de meu filho, cujos exames atuais provam isso, não me deixam admitir ser chamado de turista, mesmo porque somos muito mais corajosos que esses gigolôs de ratinhos. Chamam-nos de turistas, mas o que nos oferecem nesse país líder em desigualdades?!

Assim como proliferam no mundo clínicas de tratamento com células-tronco, nem todas confiáveis, proliferam aqui no Brasil associações, institutos e organizações que ‘falam e apoiam’ pesquisadores e médicos, algumas até com verbas governamentais, outrossim, nenhuma pode oferecer qualquer esperança, muito menos levar a público informações sobre os bastidores dos laboratórios quanto ao avanço dos trabalhos de pesquisa, bem como jamais patrocinarão uma arrancada agressiva contra a morosidade e descaso dos pesquisadores.

Prefiro ser turista de células-tronco no exterior, que ver o nome de meu filho em estatísticas de morte nos prontuários de hospitais brasileiros. (MOREIRA, 2011, grifo nosso)

O texto acima transcrito pode ser tomado como uma síntese de várias reflexões de Daniel Moreira. Também fornece categorias

interessantes para pensar os horizontes do presente artigo. No subitem subsequente, vou explorar algumas ideias em torno das palavras que acima destaquei.

O TEMPO DOS DOENTES, O TEMPO DA CIÊNCIA E AS TRAPAÇAS DA ESPERANÇA

A despeito das diferentes formas de abordagem, exposição do tema e engajamento político, há uma expectativa comum nos discursos de todos os pais, ativistas coletivos ou individuais: a luta contra o tempo. Este velho senhor, o tempo, não corre pelo mesmo calendário, para quem pesquisa doenças e para quem espera resultados. Os cientistas enxergam um longo caminho, até que a biomedicina ofereça tratamentos seguros para pessoas com deficiência. É preciso controlar os riscos, “uma vez que você injeta células-tronco, você não sabe o que vai acontecer no corpo”, tal como afirma Mayana Zatz, pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP). Pacientes e familiares têm pressa. Por isso, qualquer melhora é um atalho e terá valido à pena cruzar o oceano. Se o tratamento em hospitais de além-mar é arriscado, também o é esperar por terapias no Brasil. Nesta ótica, o risco maior é não correr riscos.

Esta espinhosa relação os passos lentos da ciência e a pressa dos sujeitos se configura como uma batalha entre Prometeu e seu irmão Epimeteu, mediada pelas artimanhas de Pandora. Se Pandora é associada à esperança, também é a matriarca do engano e da ilusão. (VERNANT 1982, 2006) Os cientistas se equilibram numa gangorra, empurrados por estes três peraltas. Por um lado, precisam divulgar achados parciais para ganharem respaldo social.¹⁵ Sem vi-

15 Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/ciencia/pesquisa/brasil-promove-tratamento-com-celulas-tronco-para-combater-a-cegueira,57deac678e6a0410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>>. <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2011/10/paraplegico-da-primeiros-passos-apos-transplante-pioneiro-na-bahia.html>>. Ver também: <<http://www.nytimes.com>>.

sibilidade pública, pesquisas científicas não geram demandas. Sem demanda social, ninguém consegue financiamento público para realizar estudos. Entretanto, se os cientistas pedem cautela em relação aos resultados preliminares, pessoas que precisam de tratamentos não contêm o entusiasmo e enxergam as células-tronco como panaceia.

O *blog* de Cláudia Lacerda me surgiu como um “quebra-mar”, para a onda de entusiasmo com os tratamentos que alguns chamam de pejorativamente “*made in China*”. Ela é publicitária formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), mãe de dois meninos. O caçula nasceu em 2005. A bolsa gestacional estourou em 13 de maio, sem que a mãe sentisse as contrações. Cláudia se dirigiu ao hospital, na expectativa de passar por uma cesárea, mas o médico plantonista recomendou que esperasse mais alguns dias. Na madrugada do dia 17 de maio, Caio nasceu de parto normal, “mas as infecções subsequentes lhe deixaram o cérebro bastante lesionado.”¹⁶ (LACERDA, 2008)

Cláudia tem se empenhado para garantir diversas terapias para Caio. Atualmente, o menino frequenta sessões de equoterapia (fisioterapia realizada sobre um cavalo) e a mãe vem notando melhoras. A família vive com recursos financeiros limitados e por isso, Cláudia aderiu ao modelo dos “pais em campanha” citados neste texto, visando angariar dinheiro ou patrocínio, para o tratamento de Caio. Em 2010, quando muitas famílias brasileiras esperavam pelo milagre¹⁷ chinês, Cláudia publicou o seguinte texto em seu *blog*:

com/2013/07/14/opinion/sunday/do-clinical-trials-work.html?pagewanted=2&r=1&nI=todayshadlines&emc=edit_th_20130714&

16 Disponível em: <http://dinhacerda.blogspot.com.br/2008/10/existe-um-culpado_08.html>

17 Encontrei esta expressão “à espera de um milagre” em alguns dos *blogs* acompanhados.

A onda da China e as células-tronco

Vou começar me defendendo, porque entendo que minha posição pode gerar muitas controvérsias. Sou uma grande entusiasta das pesquisas com células-tronco. Vejo nelas uma imensa esperança para milhares de doentes até então incuráveis. Torço profundamente para que o tempo comprove seus inquestionáveis benefícios. Exultante, sei que aqui em Porto Alegre, ao lado da minha cidade, está se formando o primeiro Hospital do Cérebro do país, onde estudos com células-tronco no tratamento da epilepsia estão a todo vapor. Que grande avanço, que benção maravilhosa!

Mas é com receio e até uma certa tristeza que vejo uma avalanche de viagens à China, em busca do tratamento com células-tronco, pipocando por aí. Primeiro na internet. Depois, em jornais locais. Aqui mesmo, entre conhecidos, sei de dois casos de pessoas determinadas a levarem seus filhos ao país asiático, ansioso a cura total.

Acho que o caso da menina C., uma linda pernambucaninha de 2 anos, foi o estopim nacional.

Desejo muito que C. e sua família alcancem o êxito que desejam. De coração. Porque o êxito deles também pode ser uma chance pro meu Caio. E duvido muito que exista um pai ou uma mãe que não sonhe, diariamente, com a cura total e milagrosa para as deficiências do seu filho com paralisia cerebral. Temos bicho carpinteiro, estamos sempre querendo saber as novas técnicas, as terapias mais avançadas, as novidades da neurociência.

Eu não sou diferente. Vejo meu Caio andando, falando. Sonho muito alto. Vejo ele de toga, se formando! Tento ser pé no chão mas, na grande maioria das vezes, meu coração não permite. Então também deposito esperanças gigantes nas possibilidades abertas pelas células-tronco. Mas se alguém me desse hoje o dinheiro necessário para levar o Caio à China, eu não o levaria. As experiências com células-tronco são somente isso: experiências. Nada concreto, nada a longo prazo ainda, para que tenhamos a segurança necessária para entregar nossos filhos a elas. Especialistas são cautelosos. Melhoras existem. Acontecem. Mas, em algumas experiências com não-humanos, por exemplo,

há relatos de declínio após o período de melhora. Então, é preciso que as experiências com humanos se deem a longo prazo, a fim de verificar todos os seus efeitos – bons ou maus. E ainda não tivemos tempo para isso! Uma outra leva de cientistas defende de que, assim como as células-tronco podem se transformar em qualquer tecido, elas podem também gerar tumores, alguns deles inclusive malignos... Eu não arriscaria os ganhos que vejo meu Caio tendo nas terapias convencionais. Sim, admito, essas melhorias são muito mais lentas do que eu desejo, sonho pra ele. Mas, considerando seu quadro neurológico, cada pequena melhora tem um valor incalculável.

Vejo as melhoras da C. e entendo o justificado entusiasmo de seus pais.

Mas ela tem apenas 2 anos. Ainda tem uma longa estrada pela frente. As melhoras que ela apresenta podem ser, sim, resultado do amadurecimento cerebral, da fisioterapia, do tampão do olho... e não necessariamente das células-tronco. Depois, muito se fala da falta de ética médica na China. Juro que não quero passar por invejosa ou ressentida. Mas eu, que luto para que o erro médico que causou a paralisia do Caio seja indenizado, não faria um tratamento pra ele sem ter ciência da origem exata dessas células. Eu só o levaria à China se o caso dele fosse irremediável, com grande sofrimento e nenhuma expectativa de melhora. Só por desespero mesmo. Mas não é o que acontece. Não estou criticando quem foi à China. Mas acho que é preciso cautela. É preciso pesar bem os possíveis fatores envolvidos... Sei bem o quanto nossa ansiedade para ver bem aqueles que tanto amamos pode ser tornar perigosa. Então a palavra é somente essa: cautela. Mais prudência e se atirar menos na onda da moda.

Recentemente crianças começaram a ser convocadas para participar de testes pro tratamento da epilepsia com células-tronco em Porto Alegre. Titubeei. Mas não inscrevi o Caio. Posso estar sendo covarde, mas hoje eu não troco o certo pelo duvidoso. Ainda. Espero que Deus, o tempo, a evolução científica, me provem o contrário daqui uns anos. Ainda assim, tem futuro pra gente. E enquanto ele não chega, eu fico aqui, assistindo e torcendo pra que eu esteja errada e dê tudo muito certo pra quem

consegue ir pra China. E pra que um dia, a gente não precise ir tão longe em busca de melhoras significativas...

As palavras de Cláudia podem ser comparadas às de uma mãe, em sua avaliação sobre o que esperava da terapia celular. Nos primeiros dias de janeiro de 2011, um casal e sua filha de 6 anos embarcaram para a Alemanha. Desistiram de ir para a China após encontrarem uma clínica alemã que cobrava menos pelas infusões de células-tronco. Três semanas depois, a família retornou ao Brasil. Na Alemanha, os médicos recomendaram fisioterapia especializada apenas disponível em São Paulo, ao custo de R\$ 10.000,00. S.K. deveria ter um mês de sessões diárias e intensivas. Sem dispor do dinheiro, a família recorreu à rede de apoio que já tinha se formado em torno de S.K. Em setembro de 2011, oito meses após as infusões sanguíneas, a mãe refletiu sobre a decisão tomada em 2009.

Recebo vários e-mails frequentemente perguntando sobre a Sarah, *se houve melhoras? se eu indico o tratamento? se vale a pena? são tantas perguntas...*

TEM EXATAMENTE 8 MESES QUE SARAH SUBMETEU-SE A O TRATAMENTO COM CÉLULAS-TRONCO

Todas as melhoras que Sarah já teve, eu já postei aqui no blog e *se não postei mais notícias é porque não houve mais melhoras...* “Bem que eu queria que tivesse acontecido o “milagre” que nós tanto esperamos... desde que iniciamos a campanha sabíamos que as células-tronco agem em alguns corpos muito bem, em outros pouco e em outros nada... ainda não se sabe o porque, mas se tentamos é porque tudo vale a pena pela possibilidade de melhora de nossa filha! e se tivesse melhorado?”

PORQUE NÃO TENTAR?

Quem quiser levar seu filho pra se tratar com as células acho que todos devem tentar assim como eu tentei, vá! melhor é tentar, mesmo que não dê certo... do que ficar a vida toda se culpando, achando que se tivesse tentado daria certo! Algumas pesso-

as me diziam que as células era experimentais, que talvez não daria certo, que é muito dinheiro, eu não quis ouvir a ninguém, preferi tentar! Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que com frequência poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar; Por isso eu não desestimulo a ninguém...

MUDANÇA DE CONCEITOS:

Mudei muito meus conceitos e pensamentos.... *se fosse pra eu levar a minha filha novamente, eu não levaria, valeu pela tentativa mas pelo resultado não...!* poderia levá-la se houvesse uma garantia de que daria certo ou se não fosse mais experimental...

Não que o tratamento não seja bom, mas o custo é muito alto, por um tratamento que talvez traga pouco ou nenhum resultado. No meio da campanha mudamos nosso rumo de China para ir para a Alemanha porque era mais barato e muitas crianças tinham tido resultados. Tivemos um gasto absurdo que se investisse *em fisioterapia intensiva, theratogs, andador adaptado, bicicleta adaptada, parapodium, etc...* daria muito mais proveito! S. só teve uma melhora do sustento do pescoço bem pouca, ela agora se vira mais, um pouco mais atenta... mas coisas bem poucas, que sinceramente acho que só com a fisio intensiva ela ganharia.... Coisas que eu almejava como que ela DEGLUTISSE (comesse pela boca), sentar só, não aconteceram! Meu **MAIOR SONHO** era que S. comesse pela boca!¹⁸

Infelizmente, em 8 janeiro de 2012, um ano após a viagem à Alemanha, S.K. faleceu de pneumonia. Tardamente, sua mãe percebeu que fisioterapias mais sofisticadas poderiam ter sido mais eficientes. Mas, provavelmente a família não teria conseguido arrecadar US\$ 60.000,00, para custear tratamentos fisioterapêuticos. A alta tecnologia com células-tronco mobiliza maior solidariedade social,

18 Disponível em: <<http://diariodasarinha.webnode.com.br/news/celulas-tronco%20melhoras%20expectativas%20frustra%C3%A7%C3%A3o-/>>. Ou se preferirem a forma curta:< <http://goo.gl/b1UVew>>.

pois indica um futuro digno dos filmes de ficção científica, quando a ciência poderá controlar e corrigir os defeitos da natureza. Além disso, correr riscos pelo ente querido é socialmente entendido como ato de muita coragem, pois não se pode deixar a esperança morrer, ceder ao desengano, se entregar ao desânimo, à desilusão.

No entanto, as técnicas de fisioterapia são capazes de realizar um jogo de mimese e alteridade, tal e qual o que se imagina das células-tronco: fazer o corpo aprender através de imitações que geram diferenças. Em muitas técnicas, equipamentos simulam movimentos humanos para que o corpo da criança aprenda como deve se comportar. Primeiro o corpo da criança imita o movimento da máquina. Depois se liberta de memórias sinestésicas para, enfim, se diferenciar de si mesmo, alterando o modo como deve executar ações.

Nas pesquisas com células-tronco esta é a premissa básica: a mimese é o que cria a alteridade. E esta ideia é bastante repetida nos discursos dos cientistas. Parte-se do princípio de que células são capazes de se diferenciar em diversos tipos de tecido do corpo humano. Depois, elas imitam os órgãos onde estão enxertadas. Então, se alteram novamente para corrigir as danificadas. Há quem acredite que os enxertos despertam a memória embrionária das células adultas. Tudo se passa como se houvesse uma “reprogramação” micro-celular, e as células danificadas pudessem se lembrar de um passado somático anterior a doenças ou acidentes que provocaram severas limitações motoras. Assim, o enxerto de células “novas” replica e altera as células “velhas”. Nos transplantes autólogos, as células-tronco são retiradas do sangue ou medula óssea do próprio paciente, alteradas em laboratório e reintroduzidas no corpo, para que possam “ensinar” às antigas companheiras como devem agir.

A alteridade só pode ser compreendida como experiência de mimese. A alteridade é uma forma de fugir da repetição. A mimese não é a capacidade de ser parecido a algo, mas de criar similaridades intransitivas que independem de comparação. A partir daí, a diferença se constitui pela separação. E isto me levou de volta a Taussig (1993,

p. 44, tradução nossa, grifo nosso) e sua mimese “benjaminiana”.
É com ele que finalizo este subitem.

Atualmente é comum reduzir a mimesis a uma forma ingênua ou um sintoma de Realismo. Dizem que se relaciona a ideologias da representação, contaminada por ilusões impostas aos nosso sistema nervoso por construções sociais acerca do Naturalismo e Essencialismo. De fato, a mimesis tem se tornado terrível, absurda ou apenas um Outro tedioso, aquele espantalho necessário contra o qual as débeis pretensões pós-estruturalistas golpeiam e se pavoneiam.. Eu, entretanto, sou tomado pela mimesis exatamente porque, tal e qual a sensação do real, é aquele momento do conhecimento no qual, ao se colocar em seu objeto, para citar Hegel, ‘consiste em realizar o universal e lhe conceder vitalidade espiritual, ao destruir e substituir pensamentos fixos e deterministas.’¹⁹

O SACRIFÍCIO, O ENGANO E A ESPERA POR UM MILAGRE

Em um dos ensaios que compõem *Donner la Mort*, Derrida (1999) discorre sobre a ética do sacrifício, à luz do texto bíblico sobre a provação de fé de Abraão. O sacrifício religioso é uma demonstração de obediência do fiel, compreensível na trilogia dom, segredo e mistério. Passemos à narrativa bíblica.

19 Today it is common to lambast mimesis as a naive form or symptom of Realism. It is said to pertain to forced ideologies of representation crippled by illusions pumped into our nervous systems by social constructions of Naturalism and Essentialism. Indeed, mimesis has become that dreaded, absurd, or merely tiresome Other, that necessary straw-man against whose feeble pretensions poststructuralists prance and strut. I, however, am taken by mimesis precisely because, as the sensate skin of the real, it is that moment of knowing which, in steeping itself in its object, to quote Hegel, ‘consists in actualizing the universal, and giving it spiritual vitality, by the process of breaking down and superseding fixed and determinate thoughts’.

Nos tempos do Velho Testamento, vez por outra, Deus era louvado com sacrifício de um animal. Certa vez, Deus decidiu testar a fé de Abraão. Exigiu que ele entregasse Isaac, o único filho, para ser sacrificado. Abraão enganou a esposa, Sara, e o filho, não os informando sobre as ordens de Deus. Acompanhado de Isaac, seguiu para o local onde cumpriria os desígnios divinos. No limiar da morte, Deus colocou um cordeiro no lugar de Isaac. Abraão ficou aliviado, surpreso e intrigado. Aliviou-se por não ser obrigado a sacrificar o filho. Surpreendeu-se porque pensava compartilhar um segredo com Deus. Mas se viu emaranhado num intrigante mistério e concluiu que somente Deus conhecia a verdade de sua vontade.

Se Deus é onipotente, onisciente e onipresente por que duvidou da fé de Abraão? Para por à prova a confiança do fiel. Ele queria saber se Abraão era capaz de viver a plenitude da fé, no sentido hegeliano de apagamento de si para se entregar à experiência do encontro com o outro. Mas, se Deus aceitasse Isaac, estaria sacrificando-se a si mesmo, porquanto o ser humano é sua imagem e semelhança? Não faria sentido, seres “superiores” não precisam se sacrificar por ninguém. Por que, então, Deus substituiu o filho de Abraão pelo cordeiro, e depois deixou seu próprio filho ser sacrificado? Derrida (1999) se limitou ao Velho Testamento, sem relacionar o quase sacrifício de Isaac ao calvário de Cristo. Arrisco-me a ir além. Ao exigir o sacrifício de Isaac, Deus pôs à prova a fé de um indivíduo. Ao trocar o menino pelo cordeiro, a dívida de gratidão recairia sobre uma só família e seus descendentes. Mas o sacrifício de Jesus foi uma provação de fé para a humanidade, e gerou uma diferença assaz interessante. Ao condenarem Cristo à cruz, judeus e romanos imitaram o comportamento de Deus, pois decidiram sobre a vida e a morte. Deus foi então humanizado. Mimetizando Abraão, entregou seu próprio filho ao sacrifício. A partir deste episódio, foram assentados os pilares de uma nova religião, baseada na ética do sacrifício, da disciplina e abnegação individuais. Quem segue tais princípios pode ser agraciado pelo perdão, caridade e misericórdia divina.

Abraão não se arrependeu pela obediência, porquanto Deus, no momento derradeiro, enviou um cordeiro para poupar a vida de Isaac. Para Abraão, seu filho “renasceu” por obra da Divina Ordem, pelo amor de Deus para com sua família. Mas, caberia especular, o que aconteceria se Deus não tivesse substituído Isaac pelo cordeiro? Afinal, tempos depois, Ele não substituiu Jesus Cristo, abandonando-o à crucificação. Uma possível resposta pode ser encontrada na narrativa cristã da ressurreição. Este milagre maravilhou muitas pessoas que, assim, testemunharam o poder sem limites da vontade divina. E isto leva os fiéis a imaginarem que também podem ser agraciados por ela.

Para a doutrina cristã, quem vive segundo princípios éticos e morais agrada a Deus e merece sua graça. Viver conforme a moral religiosa é uma forma de receber benefícios. Esta narrativa é claramente atualizada pelos pais que decidem submeter seus filhos a tratamentos novos ou experimentais, pois quem não se expõe ao risco de, quem sabe, sacrificar um filho jamais conhecerá o mistério da “substituição”; não terá a chance de, diante do altar do desengano, quando a morte espreita, vivenciar um milagre arrebatador. Neste abismo entre o desengano e a espera por milagres, pendula ainda o conceito de finitude. O que leva o ser humano a tentar viver de uma maneira específica e realizar determinados projetos? A filosofia heideggeriana afirma que é a consciência da morte. Sem dúvida, isto gera comportamentos e práticas sociais que visam estender o viver. Nesse sentido, o desafio da tecnologia é ampliar o tempo de vida humana, mas também permitir o seu desfrute. Expectativas e esperanças são universalizadas nos discursos científicos, levando as pessoas a acreditarem na individualização dos benefícios. Por isso, seria descabido aqui criticar os pais que se aventuram individualmente pelo mundo afora, na tentativa de minimizar o sofrimento de seus filhos, sem considerar o peso dos discursos universalistas dos cientistas, manufaturados nos textos jornalísticos de divulgação científica, que prometem maravilhas resultantes

de suas pesquisas com células-tronco. Por causa disso, procurei inscrever estas notas etnográficas num contexto em que a esperança dos pais se imiscui de modo inescapável às promessas da biotecnologia. Mas, atenção, Pandora é a mensageira da esperança, contudo, nos mitos gregos também esconde uma face enganadora.

REFERÊNCIAS

- BEIKE History. *Beike Biotechnolog*, [S.l.], 2005. Disponível em: <http://www.beikebiotech.com/index.php?option=com_content&view=article&id=421&Itemid=100009>. Acesso em: 2014.
- BROWN, N.; WEBSTER, A. *New medical Technologies and Society: Reordering life*. Cambridge: Polity Press, 2004.
- DERRIDA, J. *Donner la mort*. Paris: Éditions Galilée, 1999.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- HABERMAS, J. *O Futuro da natureza humana*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LACERDA, C. *Existe um culpado? Meus frutos: meus textos, meus sentimentos, meus filhos... um pouco de mim nas paginas da web*. [S.l.], 8 out. 2008. Disponível em: <http://dinhallacerda.blogspot.com.br/2008/10/existe-um-culpado_08.html>. Acesso em: 2014.
- MOREIRA, D. *Acessibilidade: vamos finger que existe... Proteção aos portadores*, [S.l.], 2010. Disponível em: <http://uniaodasdistrofias.blogspot.com/2010/01/acessibilidade-vamos-fingir-que-existe_08.html>. Acesso em: 2014.
- MOREIRA, D. *Gigolôs de ratinhos: não somos turistas das células-troncos! Proteção aos portadores*, [S.l.], 2 out. 2011. Disponível em: <<http://uniaodasdistrofias.blogspot.com.br/2011/10/gigolos-de-ratinhos-nao-somos-turistas.html>>. Acesso em: 2014.
- RODRIGUES, N.; LEIBING, A.; SAINT-HILAIRE, A. *As intermitências da vida: uma analítica da longevidade em histórias da biotecnologia*. In: CAROSO, C. (Org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica*. Salvador: EDUFBA, 2008.

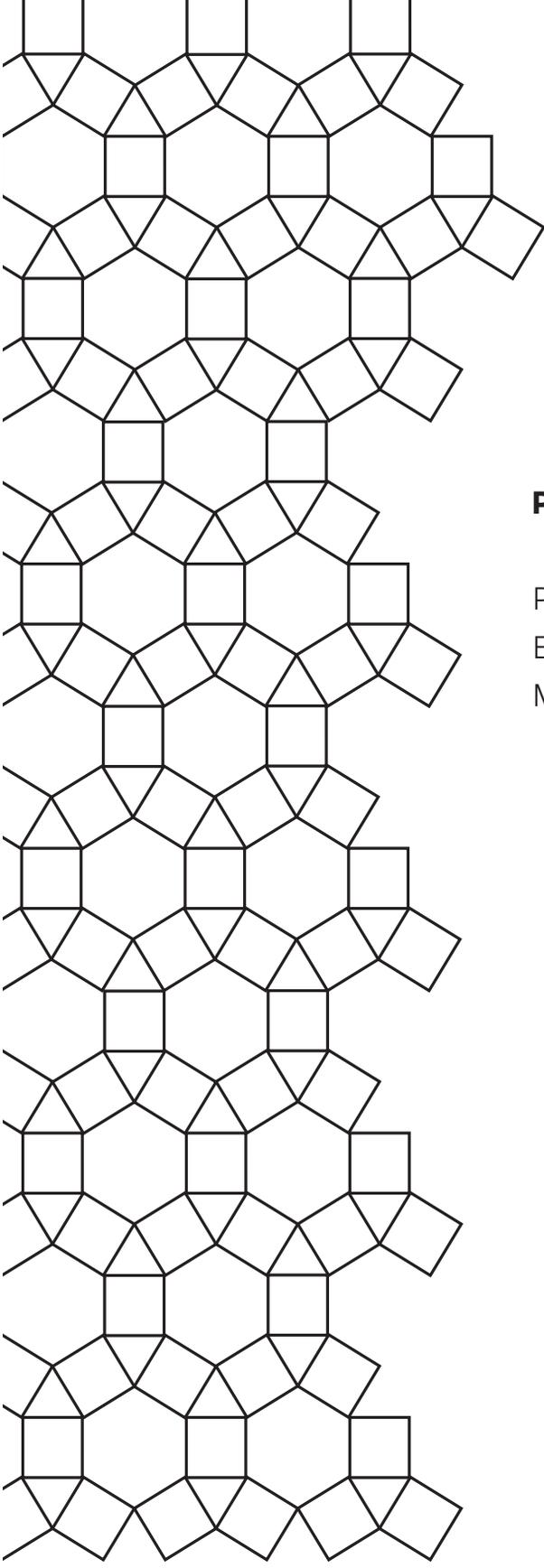
TAUSSIG, M. *Beauty and the beast*. London: Univ Chicago Press, 2012.

TAUSSIG, M. *Mimesis and alterity*. London: Routledge, 1993.

VERNANT, J.-P. *Mythe & Société en Grèce ancienne*. Paris: François Maspero, 1982.

VERNANT, J.-P. *Pandora, la première femme*. Paris: Bayard, 2006.

ZANINI, G. et al. Paralisia Cerebral: causas e consecuencias. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set. 2009.



PARTE 3

PARA ALÉM: RESISTÊNCIAS
E AMBIGUIDADES FACE À
MEDICINA HEGEMÔNICA

Poliqueixosos, seus meridianos e seus cérebros: controvérsias sobre o emprego de procedimentos terapêuticos para o tratamento da dor em um ambulatório de Porto Alegre

Rodrigo Toniol

Este texto é uma etnografia das controvérsias sobre a utilização de determinados procedimentos terapêuticos no Ambulatório da Dor. Situado em um dos principais postos de saúde de Porto Alegre, esse Ambulatório recebe usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja principal queixa é a dor. Encaminhados por médicos e fisioterapeutas atuantes em diferentes bairros da cidade, os pacientes que para ali se dirigem são chamados, pelos profissionais de saúde, de “poliqueixosos”. Dores por todo o corpo, dores que correm pelo corpo, dores em partes amputadas do corpo são descrições comuns na rotina do Ambulatório. A equipe que atende no local é formada por cinco médicos que, embora diverjam sobre o modelo terapêutico mais eficaz para tratar a dor, concordam com o uso da agulha e do agulhamento como ferramenta e técnica mais adequadas na maior parte dos casos.

Considerar a controvérsia como um ponto de partida para a etnografia significa que estou interessado nas situações em que certas instabilidades emergem como um problema social compartilhado. Ao mesmo tempo em que me ocupo dos enunciados implicados nos procedimentos empregados para o tratamento da dor, também procuro atentar para própria materialidade da agulha e o procedimento do agulhamento como aspectos fundamentais da controvérsia analisada.

AMBULATÓRIO DA DOR

No centro de Porto Alegre, próximo a uma de suas principais avenidas de ligação com a zona Sul da cidade, está situado o Centro de Saúde Modelo. Além dos atendimentos ambulatoriais comuns a outros postos de saúde, e dispensados exclusivamente aos habitantes de seus entornos, o Modelo é acessado por moradores de outras partes da cidade que buscam os atendimentos especializados ali oferecidos, tais como a odontologia para pacientes especiais, a homeopatia e a ginecologia. A existência nesse mesmo espaço de uma farmácia que fornece medicamentos de uso contínuo e outra de medicamentos homeopáticos¹ converte-o em um importante ponto de confluência de usuários do SUS da cidade. É nesse espaço que está localizado um dos únicos ambulatórios da rede de atenção básica do Rio Grande do Sul dedicados ao tratamento da dor.

Reconhecer a dor como objeto de atenção terapêutica é, para alguns analistas (CLARKE; SCHIM, 2003), a expressão de que, no mesmo passo em que a medicina especializa-se em funções e órgãos vitais

1 O Centro de Saúde Modelo é um espaço pioneiro na implementação de terapias alternativas/complementares na saúde pública no Brasil. Além da oferta de homeopatia e acupuntura, já houve, na década de 1980, um departamento de fitoterápicos. Igualmente singular é a existência desta farmácia homeopática, que é uma das únicas e mais antigas do Brasil em instituições públicas.

específicos, processos de biomedicalização também têm ampliado o objeto-sujeito à expertise médica, de modo que, por exemplo, trabalho e senilidade passam a poder ser pautadas por recomendações de saúde. Contudo, a atenção à dor como parte da biomedicalização carrega consigo algumas singularidades. Em primeiro lugar, a dor, que a partir de certos olhares clínicos constitui uma substância de doença servindo para compor, junto com outros sintomas, um diagnóstico capaz de constatar a verdadeira causa do padecimento adquire, no Ambulatório, uma rara centralidade. O sintoma dor, um efeito puramente derivado da real doença, tona-se absoluto no Ambulatório, secundariza o próprio diagnóstico e deve ser o alvo do tratamento, já que abrange e explica todos os fenômenos a ele associados. É a dor o que totaliza o campo da experiência do paciente e o que se inscreve no prontuário clínico, e não a doença com a qual ela associa-se assim, a fibromialgia de dona Lili, por exemplo, é transformada, pelo instrumento do Geanf, num fenômeno que gravita em torno de sua dor.

Em segundo lugar, o caráter movediço, anômalo e nômade da dor, converte o paciente na principal testemunha de sua experiência. Por mais que outros agentes também possam testemunhar sobre ela, tal como exames clínicos e de imagens, é o próprio sujeito da dor quem pode falar sobre por onde ela tem se concentrado, quando desaparece e de que modo espalha-se pelo corpo.

Por fim, o sujeito como ser inalienável de sua própria dor, por mais que testemunhe sobre o que sente, não pode, em última instância, determiná-la. Essa determinação sempre depende do especialista que torna o processo de objetivação da experiência do paciente um momento chave na produção de seu modelo terapêutico e, por conseguinte, de conhecimento sobre a dor. O testemunho do paciente é tornado, portanto, um objeto de verdade parcial que precisa ser colocada sob a avaliação e análise daquele que pode finalmente emitir a verdade “real” sobre a natureza da dor, o médico. O primeiro

momento de testemunho é seguido, necessariamente, por outro relato que tenta introduzir nele algum nível de estabilidade.²

No segundo andar do Centro de Saúde Modelo, a sala ocupada pelo Ambulatório da Dor é identificado pelo ideograma do yin e yang colocado na porta. Os pacientes são atendidos em alguma das quase 20 macas enfileiradas e separadas por cortinas azuis. No primeiro terço do espaço ficam os homens e, no restante, as mulheres. Há uma única mesa no Ambulatório, que fica ao fundo, depois de todas as macas. Ao seu lado direito há um esqueleto que, com a altura de um humano, às vezes ajuda os médicos a explicarem aos pacientes o porquê de suas dores. Apoiado na mesa, mas do lado oposto ao esqueleto, há outra representação de um humano, um boneco, pintado uniformemente de bege, medindo por volta de 60 centímetros em cuja superfície estão desenhadas dezenas de linhas, que atravessam todo seu corpo, intercaladas por pontos.

Todas as manhãs, quatro médicos atendem a usuários de várias regiões da cidade. A fila é longa e a espera por uma consulta pode demorar anos. Depois de dois ou três anos do encaminhamento inicial é recorrente que o paciente vacile diante da pergunta “o que o traz aqui?” disparada pelos médicos do Ambulatório. Nessas situações é comum que o usuário já não tenha mais as mesmas queixas que o levaram a buscar o médico naquele primeiro momento, no entanto, como me disse certa vez um usuário, “dor a gente sempre tem”.

Márcia é médica, fez residência e atuou como obstetra por muitos anos. Depois de algum tempo, afastou-se dessa especialidade e se aproximou da acupuntura. Fez o curso em uma escola de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) junto com Nuno, que, na época, exercia

2 Com essa afirmação não estou sugerindo a indiferença dos médicos em relação a outros tipos de testemunhos sobre o estado de saúde de seus pacientes. Inclusive, é somente com uma quantidade considerável de exames comprovando diagnósticos que implicam em dor que um usuário pode ser encaminhado para o Ambulatório. Além disso, os médicos do Ambulatório têm acesso ao histórico de prontuários e avaliações precedentes de cada paciente atendido.

a função de médico sanitário. Ambos fizeram estágio no Ambulatório da Dor e, pouco tempo depois, pediram transferência de suas antigas funções para atenderem como acupunturistas no próprio Ambulatório. Em pouco mais de 10 anos atuando na área, os dois já foram presidentes da seção estadual da Associação Médica Brasileira de Acupuntura. Durante esse período, no entanto, seus modos de agulhar mudaram. Em meados dos anos 2000, Márcia e Nuno fundaram, junto com Eduardo, outro médico que atende no Ambulatório, o Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional (Geanf). Este grupo sistematizou um tipo de atenção terapêutica que utiliza o agulhamento como:

[...] uma técnica médica de modulação do sistema nervoso periférico que utiliza a racionalidade neurocientífica para a seleção dos locais de inserção de agulhas e para a escolha do método de estimulação (manual ou elétrico), tendo como finalidade a modulação da atividade anormal do sistema nervoso e seus sistemas associados. (COUTO; BANDEIRA, [20--])

Desde sua fundação, o Geanf tem promovido cursos por todo país e se consolidado como uma referência nacional nas pesquisas sobre modulação do sistema nervoso por meio do uso de agulhas.

No Ambulatório também trabalha Nei, que foi professor de seus três colegas quando eles fizeram o curso de MTC. Nei supervisiona os estágios realizados no Ambulatório desde o final da década de 1980 e, após a aposentadoria de alguns médicos terminou sendo o único do Ambulatório que usa a agulha e procede o agulhamento conforme os princípios da MTC. Às terças-feiras Nei atende acompanhado por seus estagiários, normalmente médicos que já atuam na profissão há alguns anos.

Os pacientes, por sua vez, raramente são informados sobre a existência destes dois grupos e suas consultas são marcadas de modo aleatório, dependendo somente de qual médico aparece como disponível no momento em que a secretária do posto de saúde faz

o agendamento. De um lado, Márcia, Nuno e Eduardo agulham como uma técnica de neuromodulação, de outro, Nei agulha como um modo de intervir na circulação energética do *chi* pelos meridianos que atravessam o corpo.

Certa manhã, enquanto ajudava Márcia a organizar os prontuários do Ambulatório, Eduardo tentava me explicar as diferenças entre esses modos de atenção terapêutica. Depois de uma longa exposição sobre o sistema nervoso e os sistemas associados do corpo humano, o médico concluiu dizendo que “na MTC ninguém precisa abrir corpos para explicar a dor. É tudo pelos meridianos. Isso não é compatível com a medicina baseada em evidências”. Depois que Eduardo saiu, Márcia pegou um livro de MTC e o boneco com os meridianos traçados no corpo.

Os chineses são muito espertos, escolheram muito bem os pontos. Mas não vem me dizer que isso aqui [aponta para os meridianos no boneco] existe. Pode existir em um nível etéreo, do perispírito, sei lá. Aqui no livro diz o seguinte [e começou a ler o livro], que este ponto [indica o ponto no boneco] é o ponto poço celestial, que está na face lateral do braço. Diz que ele é para remar no canal do sangeal, que faz o movimento Terra, que acalma o shen e clareia a mente, que adiciona o chi invertido, desperta estagnação, umidade e fleuma, remove e elimina tumores, dispersa o vento, elimina o calor, relaxa as articulações e os tendões, desestagna o chi do fígado e regula o chi defensivo. É usado pra cervicalgia, ombralgia, lombalgia, dor nos olhos, cefaleia, surdez, garganta inflamada, febre intermitente, insanidade, dor de um lado da cabeça, torcicolo, tonsilite, palpitação, denite cervical turbeculosa, epilepsia, urticária, depressão, tristeza, melancolia e dor no cotovelo. Isso aqui é difícil de tu explicar cientificamente. Tu tem que botar a maquininha MTC pra dentro do cérebro e pensar o que é dispersar o vento, que vento é esse? Dá para embarcar nessa viagem, mas não é ciência.

Naquela mesma semana voltei ao Ambulatório para acompanhar alguns atendimentos com Nuno. No meio da manhã chegou Júlio, um paciente que eu já conhecia, para fazer sua última sessão depois de quatro meses de tratamento. Júlio disse para Nuno que não tinha mais dores e que seu único problema naquele dia era muco. Ambos riram do que para mim pareceu uma piada, mas sem hesitar, Nuno, que é do Geanf, pediu para Júlio deitar na maca porque trataria de seu muco. O homem, visivelmente desconcertado, deitou e arregaçou as calças até os joelhos, como de costume. Enquanto agulhava, Nuno me chamou para mais próximo e disse: *“hoje vou fazer MTC. Vou colocar uma agulha aqui, nesses pontos que ajudam na circulação do chi, ajudam no calor e tiram a mucosidade do corpo”*. Então, apontou para cada agulha e disse o nome chinês do ponto. Depois de algum tempo em silêncio, enquanto colocava a última agulha na canela de Júlio e tendo percebido meu estranhamento diante de sua explicação, Nuno emendou: *“Eu estou brincando. Essa seria a explicação chinesa. Mas a ocidental é que os pontos nervosos nesses locais são ótimos e suas conexões cerebrais são imediatas. Eu faço isso para o pessoal não brigar tanto comigo. Sabe, no fundo não muda nada, só o jeito de pensar.”*

SOBRE PROCEDIMENTOS, MATERIALIDADES E ESTILOS DE PENSAMENTO

Sem tornar a frase de Nuno, “o que muda é só o jeito de pensar”, o objeto de uma digressão hermenêutica, gostaria de tomá-la como ponto de partida para esta seção cuja proposta é apresentar alguns dos marcos teórico-metodológicos que situam a importância das materialidades e dos procedimentos nas análises sobre as controvérsias aqui analisadas.

O médico judeu-polonês Ludwik Fleck (2010) apresentou em seu livro *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, contribuições para compreensão de aspectos epistemológicos da história e sociologia da ciência por meio dos conceitos de estilo de pensamento e de coletivo de pensamento. Embora distintos, ambos conceitos fundamentam-se em dois princípios comuns. O primeiro fundamenta-se, conforme Fleck, na ideia de que a coletividade constitui-se como um princípio estruturante da produção científica. Com isso, o autor não está simplesmente reconhecendo que a investigação dos fatos científicos é uma ação coletiva, mas postulando radicalmente que é uma comunidade de pesquisadores que produz a ciência.³ O segundo princípio, que em certa medida está implicado no primeiro, sugere que o principal trabalho dessa comunidade não é o de refletir sobre os fatos científicos, mas sim o de estabelecer o que há para ser pesquisado. Em síntese, o que esses dois princípios indicam é que os objetos de investigação não precedem as estruturas sociológicas e as convicções que unem os cientistas engajados em pesquisá-los — ou melhor, em produzi-los enquanto objetos.

A partir desta perspectiva, Ludwik Fleck (2010) indica, com o conceito de coletivo de pensamento, as comunidades de cientistas dedicados a manter as metodologias e razões científicas que conformam uma matriz disciplinar. A ideia de estilo de pensamento, por sua vez, remete aos próprios princípios epistemológicos sobre os quais esta comunidade funda seu conhecimento. Nas palavras de Fleck (2010, p. 82, grifo nosso):

3 Lothar Schafer e Thomas Schnelle situam esta posição de Fleck a partir de seu caráter contrastivo com as proposições sobre ciência do Círculo de Viena: “Popper acentuava, em oposição ao conceito estático de teoria dos empiristas lógicos, o aspecto dinâmico da pesquisa, ao passo que Fleck ocupa uma posição muito mais extrema: põe em questão o próprio conceito de fato, sempre pressuposto como evidente. A ciência, para ele não é um construto formal, mas, essencialmente, uma atividade organizada pelas comunidades de pesquisadores”. (FLECK, 2010, p. 2)

Se definirmos o *coletivo de pensamento* como a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um *estilo* específico de pensamento.

Neste sentido, há certo valor ambivalente na afirmação de que o que muda é só o jeito de pensar. Por um lado, parece indicar a existência, em algum grau, de compatibilidades entre as terapêuticas empregadas no tratamento da dor, aquela que intervêm no *chi* e a que modula a neurotransmissão. E, por outro, sublinha certa radicalidade das diferenças entre elas. Antes de resolver a tensão presente nesta ambivalência optando por sentenciar se tais diferenças são ou não significativas, sugiro explorar a emergência desta controvérsia sobre como acabar com a dor, concebendo a agulha e o agulhamento como elementos centrais para sua formulação.

Inspirado numa perspectiva fenomenológica, trata-se de um esforço analítico que não faz do pensamento o único modo possível de produção de conhecimento. Assim evito a todo custo incorrer em certas tradições cognitivistas segundo as quais a produção de conhecimento se dá por meio da aquisição de representações, cujos reflexos podem ser percebidos nos modos pelos quais os sujeitos agem no mundo.⁴ Isto é, considero que procedimentos e agenciamentos de materiais não são somente resultados de modos de pensar, mas, pelo contrário, são eles próprios produtores de conhecimento.

4 Exemplar deste tipo de perspectiva são as ideias maussianas que sugerem que as técnicas corporais são aprendidas e ensinadas a partir de um conjunto de representações coletivas, determinantes para a definição dos comportamentos e posturas individuais. Tais técnicas são, invariavelmente, para Mauss, o resultado de uma necessidade anterior a elas. Os corpos, nessa perspectiva, são instrumentos centrais, mas apenas executores de ideias, noções e representações elaboradas fora deles, isto é, as técnicas corporais passam pelos corpos, mas não são forjadas neles.

A agulha e o agulhamento implicados nos procedimentos empregados no Ambulatório da Dor constituem aspectos de diferentes modos de atenção terapêutica. Com este termo procuro indicar os estilos de pensamento, as materialidades e os procedimentos de cada atendimento. Este tipo de formulação ao mesmo tempo que pretende estabelecer relevância a cada um destes aspectos sem considerar que algum deles tenha primazia sobre o outro, também busca ressaltar alguns dos possíveis termos a partir dos quais a controvérsia em questão pode ser reconhecida e explorada.

Argumentar a existência de uma relação intrínseca entre objetos/materiais/coisas com a vida⁵ parece ser um lugar comum nas ciências sociais há algum tempo. Reconhecer a existência da relação de humanos com objetos, no entanto, não é o mesmo que tomar os materiais em si como elementos dignos de análise. Sem negar a importância das análises destas relações com os materiais, o que está em jogo aqui é reconhecê-las como apenas um dos fluxos possíveis dos materiais e não como o único capaz de animá-los. Embora a aparência dessa afirmação seja trivial, ela contém a radicalidade de uma proposta que não concebe os materiais pelo que eles são, tal como pressupõe, ou proporciona, a química, mas pelo o que eles podem ser, tal como sugere a alquimia. Interessar-se por aquilo que os materiais podem ser implica conceber a vida como um processo de fluxos ininterruptos que não deixam nem humanos e nem materiais incólumes após serem atravessados por múltiplos elementos — desde água, sol, energias, terra até humanos, animais, ideias, emoções etc. É nesse sentido, que Tim Ingold (2012, p. 430, tradução nosso) afirma:

Não devemos, portanto, pensar as propriedades dos materiais como atributos. Pelo contrário, eles são histórias. Para entender

5 Utilizo a ideia de vida orientado pelas apropriações dos princípios vitalistas de Spinoza por parte de autores como Tim Ingold (2012), Gilles Deleuze e Félix Guatarri. Para uma síntese do tema, ver: Bennett (2010).

os materiais é preciso compreender suas histórias, o que eles fizeram e o que lhes acontece quando são tratados em uma dada singularidade. Materiais não existem como entidades estáticas com atributos diagnósticos, pois eles não são ‘pequenos pedaços de natureza’.

No mundo fenomênico, portanto, os materiais são sempre um devir, cujas características não podem ser concebidas como restritas àquilo que eles são, mas devem ser pensadas a partir de seus envolvimento com os fluxos da vida — vida essa que, em um movimento cíclico e sem fim, é constituída pelos materiais ao mesmo tempo que os constitui. Para conhecer os materiais, devemos segui-los em suas correspondências, isto é, em suas conjugações com outros elementos e sujeitos que os atravessam. (INGOLD, 2012) É na própria centralidade das correspondências que torna-se fundamental refletir sobre o que tenho chamado de procedimento. A agulha, enquanto material, se conjuga com o procedimento do gesto que a manipula (o agulhamento) assim como com os meridianos dos corpos, o fluxo energético, os músculos e os tecidos cutâneos. Neste sentido, tal como a agulha, enquanto material, está sujeita a diversas correspondências e fluxos capazes de colocar em xeque sua compreensão como objeto acabado, o agulhamento, como procedimento, é produtor de modos de atenção terapêutica e não simplesmente seu reflexo.

AGULHAS E AGULHAMENTOS

Em sua primeira consulta no Ambulatório da Dor, dona Regina chegou com muitas dificuldades para caminhar. Com pouco mais de 50 anos, a costureira havia sido encaminhada ao Ambulatório por sua médica há seis meses. Suas dores crônicas por todo o corpo já duram 21 anos. Após inúmeros diagnósticos e outros tantos desditos, dona Regina recusa responder à pergunta “o que te traz aqui?”

dando o nome da última doença com a qual foi identificada ou, como em muitas ocasiões, simplesmente, sem dizer nada, entregando uma pasta de exames ao inquiridor. Quando assim interpelada, puxou uma cadeira e pediu para que Márcia e eu, que acompanhava a consulta, sentássemos.

Eu sofri muito quando minha filha nasceu. Com cinco dias de vida eu peguei ela na cama desmaiada, quase morta. Foi aí que eu levei aquele susto, um choque. Naquele dia, que fiquei tão tensa, as coisas começaram. Uma coisa foi juntando na outra e aí foram mais de 20 anos. Agora eu tenho fibromialgia.

Antes de observar os exames que dona Regina trazia consigo, Márcia perguntou se a mulher não se lembrava de algo que tivesse ocorrido no mesmo período do nascimento de sua filha, “*uma queda, um baque ou uma fratura na vértebra*”. Dona Regina negou e reforçou o susto que passou como o momento desencadeador de suas dores. Numa última tentativa, Márcia ainda perguntou, “*A senhora não caiu do ônibus, nem nada assim?*”

O prontuário dos pacientes atendidos pelos médicos vinculados ao Geanf é diferente do utilizado por Nei e seus estudantes. Os prontuários dos médicos que agulham as enervações neuromodulares foi elaborado em 2010 e tem oito páginas, divididas entre informações gerais dos pacientes e três conjuntos de representações gráficas. Na primeira delas há uma série de linhas segmentadas por números de 1 a 10 e que pretendem classificar o grau da dor do paciente conforme suas descrições. A segunda representação é uma pirâmide feita como uma tentativa de compreender os fundamentos da dor. Enquanto a ponta da pirâmide indica a própria manifestação dor, na sua base estão as “*relações das pessoas consigo mesmo, sua psique e espiritualidade*”, como explicou Nuno. O nível intermediário, por sua vez, é dedicado aos fatores bioquímicos que “*comunicam*” a dor ao sistema nervoso do paciente. Ao lado de cada um desses níveis há lacunas para serem preenchidas de acordo com a anamnese

feita pelo médico. E, por fim, logo na primeira página, estão representadas quatro imagens de um corpo humano na sua face frontal, traseira e lateral (Figura 1).

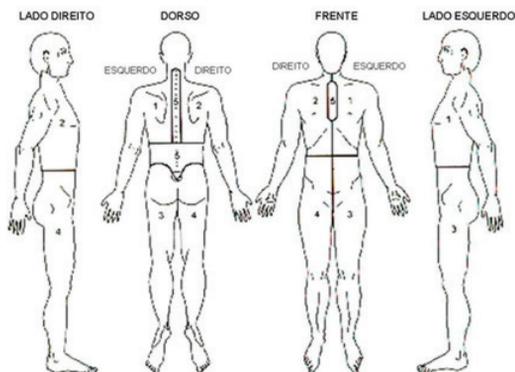


FIGURA 1: Corpo humano na sua face frontal, traseira e lateral

Fonte: Retirada do prontuário utilizado no ambulatório.

Embora a figura da pirâmide explicita o caráter basilar atribuído a fatores “psicológicos e espirituais” e aos próprios processos físico-químicos para compreender a manifestação da dor, essas dimensões não são consideradas moduláveis por meio das intervenções pontuais do agulhamento. É assim que, numa virada da relação entre o que importa e o que não importa, a centralidade dos aspectos que, na pirâmide, antecedem a ocorrência da dor, tornam-se marginais para o tratamento.

As imagens do corpo na primeira página são o ponto de partida para a definição dos procedimentos a serem empregados. Ao médico, cabe hachurar, variando a intensidade e as regiões em que o paciente relata sentir mais dores. A região com maior intensidade de dor é centrado o foco de atenção do tratamento. Dona Regina, contudo, não pôde identificar uma única região de dor. “*Hoje posso falar que dói a perna direita, mas amanhã vai ser o braço esquerdo, assim é minha dor*”. A definição dos procedimentos que serão

administrados, no entanto, dependem do local de maior manifestação de dor, de modo que mesmo os poliqueixosos mais agudos “têm que se decidir sobre suas principais dores”. Depois de algum tempo de conversa com Dona Regina, Márcia acabou optando por assinalar a lombar como a região de dor mais frequente da paciente e, por isso, essa tornou-se a área da dor que interessa.

Na maca ao lado de Regina, estava Fátima, faxineira, de 62 anos e paciente de Nei há dois. Ao contrário dos médicos do Geanf que definiram seis sessões como um número fixo para todos os tratamentos, no modo de atenção terapêutico de Nei o número das sessões não é previamente estabelecido. O caráter continuado dos atendimentos de Nei são sistematicamente apontados por parte dos médicos do Geanf, como emblemáticos da baixa resolubilidade de sua terapêutica. Já para Nei essa continuidade é a expressão de um modo de atenção que considera necessária a longa duração de tratamentos para dores igualmente crônicas. O prontuário utilizado por Nei desde a década de 1980 é formado unicamente por tabelas, onde são inscritas a composição dos diferentes pontos agulhados em cada sessão.

Fátima tem uma intensa dor na coluna, mas que, conforme a temperatura do dia, pode se estender para as pernas e braços. Além da dor, a paciente passou nos últimos anos por uma grave depressão. Sempre atendendo a três ou quatro pessoas ao mesmo tempo, Nei pouco pergunta sobre as dores especificamente. São as sensações relativas ao sono, ao cansaço, bem como o funcionamento intestinal e urinário que interessam ao médico. “A dor”, disse Nei para Fátima enquanto tirava as agulhas, “é só uma das manifestações do desequilíbrio da circulação do chi. É sistêmico, não tem como eu mexer em uma parte e deixar a outra de lado”. Fátima concordou com o médico e emendou “Doutor, eu cheguei aqui com dor de cabeça, mas não falei nada para ver se essas agulhas funcionam mesmo. E não é que agora passou.”

O usuário que chega para ser atendido pela primeira vez por Nei passa por uma longa sabatina, além de ter sua língua e pulsos exa-

minados a partir de técnicas caras à MTC. As experiências de dor, por mais que não sejam enunciadas reiteradamente nas perguntas do médico, aparecem na conversa a todo tempo.

Quando eu ganhei meu primeiro filho sentia uma dor nas pernas que achava que nunca ia poder me levantar, depois a dor passou para as costas e braços, e depois ainda tive dor nos rins. Doutor, dor é o que não me falta.

A fala é de Jéssica, uma paciente de 30 anos que se consultava pela primeira vez com Nei. As dores difusas, o problema renal e a gravidez são alguns dos elementos utilizados pelo médico para elaborar a composição de pontos em que procederá com os agulhamentos. Ao agulhar, Nei busca atingir os meridianos dos pacientes. Nestes canais de energia circula o *chi*, que deve ter fluxos, velocidades e ritmos específicos para que não se estagne em determinados pontos. A circulação energética pelo pulmão, pelo coração e pelo fígado, que não são o mesmo que os órgãos homônimos descritos pela biomedicina — é um aspecto importante no modo de atenção terapêutica de Nei.

O agulhamento, tal como Nei procede há mais de 20 anos no Ambulatório, permite o médico atingir os meridianos, alterar a circulação do *chi* e ser preciso em alcançar os pontos que produzem os melhores resultados. Embora não sejam visíveis, meridianos, pontos e *chi* são elementos universais do corpo humano e quando atravessados por agulhas, alinham-se num mesmo fluxo, em um mesmo conjunto de correspondências, capazes de terminar com as dores e com aquilo que estiver a ela associado.

Se, por um lado, a dor é o motivo central para o encaminhamento de um paciente ao Ambulatório, por outro, não se pode submeter a dor, enquanto experiência, a um tratamento médico. Assim, em um novo jogo entre o que é central e marginal, quanto mais o foco da atenção terapêutica é a dor, mais longe dela se deseja ir.

O que está por trás da dor, o que ela esconde, ao que está articulada é o que interessa.

Durante o primeiro semestre de 2013, ajudei os médicos do Ambulatório a catalogar os prontuários de todos os pacientes ativos e inativos que foram por eles atendidos. Certa manhã, enquanto fazia a tarefa junto com Nei, encontrei um prontuário em que uma paciente que havia esperado o atendimento por três anos estava descrita como “pessoa irritada. Reclamou muito da espera”. Comentei com Nei que a irritação era, no mínimo justificável, e que não entendia o porquê da frase em um prontuário. Sem tirar os olhos dos prontuários que analisava, Nei disse lembrar da paciente e que essa descrição não somente estava no lugar certo como também havia sido fundamental para o desencadeamento de todo o processo terapêutico dispensado a ela que, com aquele tipo de irritação, *“estava, obviamente, com estagnação do chi no fígado. A dor que ela sentia era só uma das decorrências disso”*.

Eduardo é atualmente um dos principais articuladores do Geanf e responsável pela adesão recente de outros médicos ao grupo. Alguns dos usuários por ele atendidos participam como voluntários em pesquisas que o médico desenvolve sobre neuromodulação a partir do uso de agulhas. Em suas consultas, Eduardo reconhece a dor como o fator que mobiliza o paciente a procurar o Ambulatório, contudo, insiste na ideia de que *“a dor vai melhorando sozinha, conforme a gente trata a função”*. Por isso, dizia o médico enquanto examinava Roberto, *“eu não estou muito preocupado se o seu problema é bursite ou tendinite, o que me interessa é o que você consegue e o que você não consegue fazer com esse braço”*. Roberto, mecânico de automóveis, respondeu ao comentário erguendo os braços a meia altura e dizendo *“isso é tudo o que eu consigo”*. Em termos técnicos, conforme disponível em um texto de divulgação da acupuntura neurofuncional:

O objetivo [da acupuntura neurofuncional] é melhorar a disfunção e promover a atividade de auto-regulação do sistema nervoso, *o que leva secundariamente à melhora da dor*. Desta forma, a resposta fisiológica da inserção de agulhas de acupuntura em zonas neuroreativas apropriadas do corpo humano, e sua subsequente estimulação (que dependendo do alvo funcional poderá ser realizada com ou sem eletricidade), induz e desencadeia respostas reflexas em diversos níveis do sistema nervoso tais como respostas reflexas locais, espinais e supra-espinais, em direção à homeostase. (COUTO; BANDEIRA, [20--], grifo do autor)

Para fazer a estimulação adequada, as agulhas usadas por Márcia, Nuno e Eduardo, devem ser punçadas em determinadas zonas neuroreativas que, por sua vez, produzirão respostas no sistema nervoso. A profundidade do agulhamento, que deve proporcionar o contato da agulha com as áreas de maior valor terapêutico potencial, é central para o procedimento. Invariavelmente, explicava-me Nuno, *“as zonas neuroreativas mais eficazes são as associadas a lugares onde tem bastante inervação, como as articulações. Então você não pode só colocar a agulha na superfície, tem que ser profundo”*.

A profundidade é aliada a outro procedimento que potencializa os efeitos deste modo de atenção terapêutico, a eletroestimulação. Tal técnica é realizada por meio de um aparelho, que emite correntes elétricas, ligado às agulhas inseridas no corpo dos pacientes. Reconhecidamente, por parte dos médicos do Geanf, não há uma padronização sobre quais são as frequências mais adequadas para cada tipo de tratamento, ainda que haja indicações gerais, tais como frequências muito baixas, são usadas para regeneração de tecidos locais e as somente baixas regulam o fluxo sanguíneo localmente. A neuroestimulação, ao mesmo tempo que é um procedimento de ação terapêutica, também constitui-se como um indicador das respostas que o corpo tratado poderá dar aos agulhamentos.

Depois de agulhar e ligar o aparelho de estimulação às agulhas, Márcia comenta com a Juliana, a estudante que atendia, que aquela

havia sido sua melhor sessão do dia. “*Olha que beleza, seu corpo está respondendo a todas as agulhas. Cada agulha pula na intensidade que eu liguei no aparelho, está vendo?*” Aquela indicação da resposta do corpo ao estímulo elétrico prenunciava sua capacidade de autoregulação.

Ainda que o modo de atenção terapêutico promovido pelos médicos de Geanf esteja baseado na existência de sistemas vitais sobrepostos e organicamente articulados (falo das relações entre sistema circulatório, estrutura músculo esquelética, sistema linfático e etc.), o sistema nervoso e, por conseguinte, o cérebro constitui a principal referência para seus agulhamentos. Por mais sistêmicas que as respostas e autoregulações possam ser, elas dependem, invariavelmente, do funcionamento dos estímulos produzidos pelas agulhas no sistema nervoso. Assim, a dor passa a ter uma relação matricial com o sistema nervoso. De modo que, os médicos usam tal sistema como meio para extirpar a dor que o paciente sente e, no mesmo passo, a própria dor depende do cérebro e de suas inervações para poder ser experimentada.

O ideograma da relação entre *yin* e *yang* colocado na porta do Ambulatório da Dor expressa muito pouco sobre o modo de atenção terapêutico empreendido pelos médicos do Geanf. Após algum tempo da criação do grupo e da realização de alguns seminários para difusão do uso de agulhas como ferramenta de neuromodulação, seus membros decidiram criar seu próprio repertório imagético. Uma de suas imagens mais emblemáticas e utilizadas nos materiais do grupo, é uma agulha, que também é uma coluna vertebral (fundamental para a proteção do sistema nervoso) em cuja ponta está um cérebro.

Embora a visibilidade dos cursos e materiais produzidos pelo Geanf tenham adquirido cada vez mais visibilidade, não é sem controvérsias que suas perspectivas, procedimentos e materialidades têm se difundido.

MODOS DE ATENÇÃO TERAPÊUTICO E SUA LEGITIMAÇÃO

Em 3 de maio de 2006 o presidente Luiz Inácio Lula da Silva aprovou, por meio da portaria 971, a política nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política tem por finalidade assegurar e promover o acesso, no sistema público de saúde brasileiro, à medicina tradicional chinesa, à homeopatia, à fitoterapia, ao termalismo e à medicina antroposófica. Essa política é, de alguma maneira, resultado de um movimento mais amplo que vem, desde a década de 1970, procurando atribuir legitimidade aos “saberes tradicionais” sobre saúde e doença.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata, na extinta União Soviética, recomendou, pela primeira vez em termos oficiais,

[...] a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente. (BRASIL, 2009, p. 17)

Ainda em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional cujo objetivo era promover a integração da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde. Na década de 1980 tal programa converteu-se em um departamento da OMS. Atualmente, segundo dados dessa organização, 30% de seus países membros dispõem de políticas para a integração da medicina complementar em seus sistemas de saúde e mais de 60% já formularam regulações para as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). (BRASIL, 2006) No continente americano, México, Cuba, Estados Unidos e Bolívia são pioneiros na implementação desse tipo de política. O Brasil, por sua vez, tem se destacado pela acelerada incorporação das PICs

no SUS e pela promoção de algumas terapias ainda não aprovadas noutros países — como a medicina antroposófica e o termalismo.

Embora a oficialização dessa política no Brasil tenha ocorrido somente em 2006, sua demanda pode ser observada desde as primeiras conferências nacionais de saúde, quando as diretrizes do SUS ainda estavam em fase de discussão. Na 8^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, por exemplo, aprovou-se a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Foi somente em 2003, contudo, que o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração de uma política nacional de terapias alternativas e para a realização de diagnósticos acerca das práticas já existentes nas Unidades Básicas de Saúde do país. Após três anos de funcionamento desse GT, seis terapêuticas e diversas práticas corporais foram aprovadas, tornando seu oferecimento gratuito e universal no SUS.⁶

Neste contexto, foi justamente a partir de princípios como holismo, integralidade e espiritualidade que terapias alternativas/complementares adquiriram legitimidade para sua oferta na saúde pública brasileira. Aos médicos do Geanf, recorrentemente recaem acusações sobre o caráter não holístico, não integral e não atento à espiritualidade dispendido em seu modo de atenção terapêutico. Negar a compatibilidade entre aquilo que os médicos engajados

6 Desde sua implantação, foram realizados concursos para a contratação de especialistas não médicos em diversas unidades da federação, foram promovidos mais de cinco seminários nacionais pelo Ministério da Saúde, além da regulamentação por parte de órgãos federais (como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para o cultivo de plantas destinadas às terapias e para a criação de farmácias especializadas em seus medicamentos. No ano de 2010, segundo os dados do Ministério da Saúde, mais de 1 milhão de consultas e práticas corporais foram realizadas no âmbito das PICs. Levando em conta somente a acupuntura, nesse mesmo ano, o investimento do governo federal ultrapassou 4 milhões de reais. Dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) . Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>.

no Geanf fazem e os termos previstos pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares implica, em última instância, em não poder mais realizar o pagamento dos médicos do grupo e dos insumos que utilizam no Ambulatório.

Tais médicos, por sua vez, coadunam com a posição assumida pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul que, numa ação articulada com outros sindicatos médicos, ingressou com uma ação civil pública no Tribunal Regional Federal da 4ª Região requerendo que o Estado brasileiro se abstenha:

a) de permitir, no âmbito do SUS, a realização de tratamento de pacientes através de acupuntura por profissionais que não sejam médicos; b) de continuar oferecendo de forma generalizada, também do âmbito do SUS, tratamentos sem eficácia científica comprovada, tais como fitoterapia, creonoterapia e termalismo social; c) alternativamente, a suspensão dos dispositivos da Portaria 971/2006 do Ministério da Saúde, de forma a manter a sistemática anterior, na qual o exercício da acupuntura era privativo dos médicos e quaisquer tratamentos sem comprovação científica deveriam passar pelo consentimento informado pelo paciente. (grifo nosso)⁷

É a partir da alegação de que o modo de atenção terapêutico do Geanf está contribuindo para o aprimoramento dos princípios científicos que orientam as práticas e os princípios do agulhamento que os médicos relacionados ao grupo se posicionam nessa controvérsia. “O que a gente está fazendo”, me dizia Márcia, “é uma grande coisa. Estamos traduzindo a acupuntura do chinês para o ‘cientifiquês’. O que eles querem mais?”

7 Ação civil pública número: 2006.71.00.033780-3 (RS)/0033780-12.2006.404.7100

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC*. Brasília, 2009.
- BENNETT, J. *Vibrant matter: a political ecology of things*. Durham, NC: Duke University Press, 2010.
- CLARKE, A. E.; SHIM, J. K. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and us biomedicine. *American Sociological Review*, Menasha, v. 68, p. 161–194, 2003.
- COUTO, C.; BANDEIRA, J. *Fundamentos de acupuntura neurofuncional*. [S.l.: s.n.], [20--]. Mimeo.
- FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.
- DECLARAÇÃO de alma-ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-ata: URSS, set. 1978.
- INGOLD, T. Toward an Ecology of Materials. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, v. 41, p. 427–442, Oct. 2012.

“Quem não quer viver até os 100?”: uma análise antropológica da participação de idosos em ações de saúde de um Posto de Saúde da Família em Porto Alegre

Monalisa Dias de Siqueira
Ceres Victora

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir as perspectivas de usuários e de profissionais de um Posto de Saúde da Família em Porto Alegre/RS no que se refere a um conjunto de orientações dirigidas aos participantes de um grupo de idosos. Trata mais particularmente da análise de dados etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado pela primeira autora deste artigo junto a este grupo de idosos ao longo do ano de 2010, período no qual foi distribuída uma cartilha intitulada “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”. Além da observação participante foi realizada a análise de documentos referentes à política de saúde para a população idosa.

O grupo de idosos tematizado neste artigo se reúne uma vez por semana em um posto de saúde na cidade de Porto Alegre/RS com

o objetivo de discutir questões de saúde e também de possibilitar a sociabilidade entre os participantes. Os encontros são mediados por uma equipe de profissionais de saúde do posto que revezam a participação a cada semana. Entre eles estão uma enfermeira, uma assistente social, um(a) estagiário(a) de nutrição e uma agente comunitária de saúde.

A lista de inscritos do grupo conta com 33 idosos, porém nem todos frequentam as reuniões semanais com a mesma regularidade. Alguns se mudaram do bairro, outros faleceram e há aqueles que comparecem às reuniões apenas esporadicamente. Assim sendo, observa-se que cada encontro tem cerca de 10 pessoas presentes, a sua maioria mulheres entre 60 e 85 anos de idade. Durante os dois anos de trabalho de campo, somente dois homens compareciam regularmente sendo que no final do ano de 2011, um deles faleceu. Nos encontros, questões referentes às doenças, à morte, à solidão e à relação com a família são recorrentes indicando que o frequente enfrentamento de tais situações por parte dos participantes faz parte de suas experiências de envelhecimento. É possível que o fato da reunião ocorrer em um posto de saúde favoreça tais questões. Mas isso não parece explicar por completo essa recorrência na medida em que mesmo fora do espaço do posto, como se pode observar nas viagens com o grupo ou na visita a casa de alguns idosos, as questões sobre esses temas retornam e tendem a prevalecer.

Vale ainda ressaltar aqui que os encontros entre os idosos e os profissionais de saúde não estão restritos ao posto. Ocorrem também durante as chamadas “visitas domiciliares” feitas por agentes comunitárias de saúde e enfermeiras como parte das atividades regulares de equipes do serviço de saúde comunitário do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Além disso, o grupo de idosos organiza-se em datas específicas para realizar passeios e viagens como, por exemplo: visita a museus ou parques de Porto Alegre pelo menos uma vez por ano; viagem ao município de Santa Cruz do Sul/RS em outubro durante um dos dias da Oktoberfest destinado à “terceira

idade”; almoço de confraternização em algum restaurante no mês de dezembro, por ocasião do Natal e do recesso das atividades do grupo no verão; viagem de uma semana a alguma cidade do Rio Grande do Sul ou Santa Catarina que possua hotéis com piscinas termo minerais no mês de dezembro.¹

O GHC, do qual o referido posto de saúde faz parte, é uma instituição de saúde localizada em Porto Alegre e vinculada diretamente ao Ministério da Saúde (MS). O GHC possui quatro hospitais e 12 postos de saúde do serviço de saúde comunitária, contando com 39 equipes que atuam em vilas e em bairros da zona norte da capital, compondo assim a maior rede pública do sul do país.² As equipes, de caráter multidisciplinar, incluem médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde os quais, além das atividades dentro dos postos, realizam também regularmente visitas domiciliares para o acompanhamento dos moradores das áreas atendidas pelos serviços de saúde, incluindo os idosos do grupo etnografado. Além do grupo de idosos vários outros se reúnem em cada um dos postos como, por exemplo, os grupos de gestantes, de tabagismo, de hipertensos e de diabéticos.

As ações de saúde voltadas aos idosos são orientadas por determinados princípios, diretrizes e metas de políticas de saúde que estão em consonância com as propostas e acordos firmados com organizações nacionais e internacionais, como a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006a), e o Envelhecimento ativo: uma política de saúde. (WHO, 2005) É no contexto dessas que se insere a cartilha “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”, material didático-pedagógico elaborado pela gerência de saúde comunitária do GHC juntamente com

1 Os passeios e viagens também foram acompanhados pela primeira autora de maio de 2010 à outubro de 2012.

2 Informações disponíveis em: <<http://www.ghc.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2012.

o Ministério da Saúde, com o objetivo de orientar e auxiliar os profissionais de saúde para o trabalho de prevenção de riscos e mudanças de hábitos. Trata-se, portanto, de um material oportuno e interessante do ponto de vista dos profissionais que trabalham com o grupo de idosos do posto, tendo em vista sua atenção para com as doenças dos idosos, em especial as doenças crônicas não transmissíveis e os acidentes (quedas). Em relação a isso, observa-se que aos idosos é atribuída uma condição de vulnerabilidade e que, ter a vulnerabilidade como pressuposto, implica em regras e ações preventivas acionadas repetidamente em cada encontro com o objetivo de ensinar os idosos a conviverem melhor com o que são considerados riscos que essa fase da vida traz para cada um deles e a cuidar de si mesmos.³

A POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO ATIVO

Como mencionado anteriormente, as políticas públicas de saúde do idoso são orientadas por determinados princípios, diretrizes e metas que norteiam e organizam as ações e os serviços em postos de saúde e hospitais da rede pública. Tais políticas públicas estão em conformidade com as propostas e acordos firmados com organizações. Entre as organizações internacionais e suas propostas para gerir o envelhecimento da população, pode-se citar a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a política de saúde intitulada “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”. Este documento foi elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da

3 A noção de risco tratada aqui se refere ao conceito epidemiológico. Para os epidemiologistas, “risco” seria a probabilidade de que os eventos e danos de doenças acontecem em um grupo populacional. (NEVES, 2008) No caso, seria a população idosa, grupo vulnerável com maior probabilidade de ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas como as quedas. A noção de risco difere-se da noção de perigo, pois o risco prevê uma certa previsão dos acontecimentos. Nesse caso, as ações de prevenção funcionariam como um instrumento de vigilância.

OMS inicialmente como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, Espanha. Como resultado desta última, foi produzido o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002. (BRASIL, 2003)

De acordo com esta política, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas públicas e programas que possibilitem a melhoria dos três pilares considerados prioritários para a pessoa idosa: a saúde, a participação e a segurança. O envelhecimento ativo direciona-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e refere-se a um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, possibilitando, assim,

[...] que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra ‘ativo’ refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. (WHO, 2005, p. 13)

Observa-se que a concretização do projeto de envelhecimento ativo pressupõe um conceito ampliado de saúde, levando em conta as questões físicas, mentais e os aspectos sociais não apenas durante a velhice, mas ao longo da vida inteira. No mesmo sentido, para que os indivíduos alcancem as condições favoráveis (e esperadas) no tocante a saúde, a participação e a segurança é preciso manter a “autonomia” e a “independência”.

Com o intuito de compreender a lógica que orienta a política do envelhecimento ativo, suas metas e bases de conhecimento, torna-se importante apresentar algumas mudanças de orientação pelas quais a OMS passou na década de 1990, como pode ser visto no trecho selecionado a seguir:

Em 1995, ao renomear seu ‘Programa de Saúde do Idoso’ para ‘Envelhecimento e Saúde’, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que assegurem ‘a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível’. (WHO, 2005, p. 54)

Percebe-se neste documento que a mudança de perspectiva — antes centrada na saúde do idoso e agora com foco no curso de vida — produz também a ênfase na prevenção de doenças e promoção de saúde ao longo de toda a vida. Isto sugere o compromisso e a responsabilidade da sociedade e também do indivíduo em manter a sua saúde deve se iniciar o quanto antes, e explica, em certo sentido, o surgimento e manutenção de políticas de saúde que acompanhem as diferentes períodos da vida das pessoas, desde o pré-natal até a velhice.

Assim, os programas e políticas públicas, por um lado, buscam oferecer as orientações e os aparatos para que os grupos populacionais envelheçam com “uma saúde melhor”, mas, por outro, cabe ao indivíduo comprometer-se e responsabilizar-se pelos cuidados com a sua própria saúde para que se alcance esta meta. Nesse sentido, a OMS estabeleceu os chamados “fatores determinantes” para orien-

tar tanto as ações governamentais quanto a população idosa que é o alvo das políticas e programas.

Destacamos dois tipos de fatores: os “fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social” e os “fatores comportamentais determinantes”. Os primeiros dizem respeito à promoção de saúde e prevenção de doenças; aos serviços curativos; à assistência a longo prazo; e aos serviços de saúde mental. Eles incluem as ações dos serviços de saúde, as estratégias de prevenção, os diversos tratamentos médico-terapêuticos, o acesso aos medicamentos, entre outros. Os segundos estão ligados ao que a OMS denomina de “adoção de estilos de vida saudáveis” e a “participação ativa no cuidado da própria saúde”. (WHO, 2005, p. 22) Eles referem-se ao não uso do tabaco e do álcool; à atividade física; à alimentação saudável; aos cuidados com a saúde oral; ao acesso e uso adequado de medicamentos; e à iatrogenia.

No Brasil, as diretrizes e recomendações do envelhecimento ativo propostas pela OMS, incluindo a adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa, foram contempladas em políticas de saúde nacionais como, por exemplo, no Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006c), no documento intitulado Envelhecimento e Saúde – CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n.º. 19 (BRASIL, 2006b) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (BRASIL, 2006a)

A partir do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde, pode-se notar que ela segue não somente a adoção do estilo de vida saudável e a participação ativa, como também enfoca o compromisso e a corresponsabilidade. Nesse sentido, todos os agentes envolvidos (setores públicos, privados, não governamentais e a sociedade em geral) são responsáveis pelos cuidados com a sua saúde individual e coletiva, visando a qualidade de vida, o que implica na manutenção da autonomia e independência pelo máximo de tempo possível.

Os aspectos apresentados referentes às diretrizes do envelhecimento ativo, em especial, à participação ativa dos idosos fazem parte do “desafio” proposto pela OMS: a criação de um novo paradigma

“que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento”. (WHO, 2005, p. 44) Assim, de acordo com o novo paradigma os programas e políticas de envelhecimento ativo devem incentivar a responsabilidade individual com relação ao cuidado consigo mesmo. Isto pode ser feito por meio do planejamento e da preparação para a velhice, a partir de um esforço pessoal de adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Desse modo, se viverá com autonomia, independência e exercendo sua força de trabalho por mais tempo. Além disso, é necessário criar ambientes de apoio e solidariedade entre as gerações, como também uma imagem nova e positiva para a velhice. Esta imagem da velhice, segundo o paradigma proposto pela OMS, deve afastar-se dos estereótipos associados à aposentadoria, à doença e à dependência.

É neste contexto internacional e nacional do envelhecimento ativo que surgem os materiais educativos de promoção de saúde e do envelhecimento ativo e saudável do Ministério da Saúde em parceria com governos ou instituições locais. Um exemplo disso são as cartilhas elaboradas pela gerência de saúde comunitária do GHC, juntamente com o MS. A cartilha do usuário (BRASIL, 2009a) e a cartilha do profissional de saúde (BRASIL, 2009b) fazem parte da “Promoção do Envelhecimento Saudável” e têm como título “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”.

APRESENTANDO AS CARTILHAS “VIVENDO BEM, ATÉ MAIS QUE 100! ORIENTAÇÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL”

As cartilhas são materiais didático-pedagógicos criados com o objetivo de orientar e auxiliar os profissionais de saúde para o trabalho de prevenção de riscos e mudanças de hábitos entre os idosos. Estes manuais foram elaborados no formato de “dicas”, na tentativa

de traduzir a “linguagem científica” para uma “linguagem coloquial” a partir da suposição de que assim pode ser facilmente compreendida e seus ensinamentos incorporados pelos idosos.⁴ Nesse sentido, informações referentes à saúde, a alimentação, aos medicamentos, aos acidentes domésticos, a cidadania, a espiritualidade são apresentados como um “convite para reflexão”, ou seja, os idosos devem pensar sobre aquelas informações e discutir com o grupo contando com a mediação da equipe de profissionais de saúde.

A proposta das cartilhas é que ao final de cada “dica” sejam realizadas atividades sobre o tema, com o intuito de fixar as recomendações para que os idosos aprendam a se “auto-observar” e a desenvolver o “autocuidado”. Desse modo, busca-se cumprir o objetivo mais amplo do Programa de Promoção de Saúde que é modificar “conceitos, opiniões e atitudes do idoso frente ao seu processo de envelhecimento”, pois, com isso, o idoso “será capaz de incorporá-las no cotidiano de forma autônoma realizando a autopromoção do envelhecimento saudável”. (BRASIL, 2009b, p. 9) Em outras palavras, modificando seus hábitos, comportamentos e visão de mundo sobre o seu processo de envelhecimento supõe-se que seja possível que o idoso viva de forma mais “saudável” e, conseqüentemente, viva melhor e por mais tempo.

Esta proposta é construída a partir do discurso biomédico, gerontológico e pedagógico e, segundo as autoras, os conteúdos teóricos e práticos apresentados seguem a perspectiva da educação em saúde e enfocam dois aspectos: a abordagem cognitivo-comportamental e os cuidados de saúde recomendados pelo Centre for Evidence-Based Medicine. O primeiro, que diz respeito à abordagem cognitivo-comportamental, combina intervenções cognitivas com o treina-

4 As cartilhas (do usuário e do profissional de saúde) são idênticas em relação às “dicas” e atividades apresentadas, contudo na cartilha do profissional de saúde encontramos também sugestões para “implementar” as atividades, listas de perguntas relativas aos cuidados de saúde do idoso, explicações sobre doenças, vacinas, medicamentos etc., visando orientar o profissional sobre o trabalho com o grupo.

mento de habilidades comportamentais e é vista pelos profissionais de saúde como uma ferramenta útil para a mudança de hábitos e estilos de vida. Para as autoras, esta abordagem tem se mostrado útil no sentido de

[...] preparar profissionais para auxiliar os idosos a identifiquem as situações de risco e a buscar soluções para os seus problemas, bem como estimular habilidades, prevenir a retomada ou recaída dos hábitos que são prejudiciais a saúde e prepará-los para lidar com o estresse provocado pelas mudanças. (BRASIL, 2009b, p. 16)

Percebe-se, a partir das cartilhas, que a abordagem citada acima considera as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento como sendo passíveis de ocasionar situações de risco, problemas e estresse aos idosos. Assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar tais situações, contribuir na resolução dos problemas e, ainda, promover a proposta do envelhecimento ativo, expressa através do estímulo das habilidades (autonomia e independência) e da mudança de hábitos (a alimentação saudável, a atividade física, o não uso de tabaco e álcool etc.).

O segundo aspecto refere-se à Evidence-Based Medicine (EBM). A Medicina Baseada em Evidências pode ser entendida como uma medicina submetida aos ditames do próprio cânone científico, ou seja, ela baseia-se em estatísticas epidemiológicas, minimização de riscos e maximização de resultados. O exercício da prática médica, seus diagnósticos e tratamentos são baseados em evidências (estatísticas) e não necessariamente em questões culturais ou subjetivas. Assim, as informações sobre cuidados de saúde, hábitos saudáveis e cidadania que constam nas cartilhas buscam o respaldo das recomendações da EBM.

De acordo com as diretrizes do programa de “Promoção do Envelhecimento Saudável”,

a ‘velhice’ não é uma doença e sim um processo normal do desenvolvimento que acarreta mudanças no organismo do indivíduo. Dependendo de uma série de fatores, essas mudanças poderão ocasionar algumas doenças ou problemas de saúde. (BRASIL, 2009b, p. 7)

Nesse sentido, o objetivo da discussão da cartilha é auxiliar os idosos na compreensão e nas formas de lidar com as situações consideradas frequentes no processo de envelhecimento. A reorganização de hábitos saudáveis, o cuidado de si, o estabelecimento de uma rede social, de acordo com as cartilhas, possibilitam um envelhecimento saudável, ativo, com qualidade de vida, mesmo com a existência de alguma doença estabelecida.

A HISTÓRIA DO GRUPO DE IDOSOS DO POSTO DE SAÚDE

O trabalho de campo no grupo de idosos, como mencionado anteriormente, teve início em maio de 2010, a partir do contato com a médica responsável e com a assistente social do posto e do acolhimento da primeira autora deste artigo tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos idosos. As reuniões do grupo ocorrem uma vez por semana no turno da manhã na sede do posto de saúde, localizado na zona norte, distante cerca de 10 quilômetros do centro de Porto Alegre.

Vale ressaltar que esta área da cidade sofreu grandes modificações nos últimos 30 anos, passando de uma área com presença de construções simples, moradias tipicamente de classes populares, nas ruas, e de habitações mais precárias, em becos de ocupação irregular, para uma zona de moradias predominantemente de classes médias altas. Ocorre que neste período se deu uma grande expansão da cidade naquela direção que hoje conta com dois dos maiores e mais movimentados shopping centers da cidade. Cabe ressaltar que, apesar desta ocupação mais recente que ocasionou a desocu-

pação e retirada de muitos moradores antigos para outros bairros da cidade, outros permaneceram. Isso significa que existem grandes diferenças de ordem social e econômica entre os moradores, as residências e os estilos de vida dos que habitam essa área da cidade.

Esta breve descrição é importante para referir as mudanças que ocorreram naquela área da cidade e que são descritas tanto pelos moradores mais antigos quanto em pesquisas antropológicas anteriores, realizadas na década de 1990. Víctora (1991) e Giacomazzi (1997), em suas pesquisas com famílias e um posto de saúde com características semelhantes, chamam atenção para as intensas transformações que estavam ocorrendo na paisagem urbana do bairro. Provavelmente essas ruas que dão acesso atualmente ao posto de saúde eram onde, há mais de 20 anos, localizam-se os “descampados” e terrenos desocupados nos quais as crianças brincavam sob os olhos das mulheres da vizinhança e as famílias menos favorecidas tentavam construir suas casas, como vemos descritos nos trabalhos das autoras.

De acordo com Giacomazzi (1997), a população desfavorecida financeiramente dessa área tem uma trajetória de mobilização conjunta com os profissionais dos postos de saúde do bairro e, ao longo dos anos, algumas das reivindicações foram atendidas pelos órgãos públicos. Também em muitos encontros do grupo, principalmente nos primeiros meses do trabalho de campo, foram ouvidos relatos a respeito do empenho de pessoas da comunidade para a conquista do terreno e a construção do prédio onde está localizado o posto atualmente. Inclusive alguns dos integrantes do grupo de idosos, juntamente com os profissionais de saúde, participaram, naquela época, de atividades recreativas, como bingos, por exemplo, para arrecadação de recursos para comprar de materiais de construção, e fizeram doações e mutirões para contribuir com a obra. A médica responsável, a propósito da inserção da pesquisadora no posto, fez questão de conversar sobre esse assunto, bem como emprestou uma fita VHS onde as lideranças comunitárias e pessoas mais velhas do bairro relatavam a história da construção do posto e ações de saú-

de na comunidade. Algumas idosas também relataram a sua participação, os quais foram registrados em vídeo para análises posteriores por parte da primeira autora deste artigo.

Segundo estes relatos, em 1992 o posto de saúde iniciou seu funcionamento em um imóvel alugado pelo GHC e de estrutura física precária. Em 2000, depois de intensa mobilização por parte da comunidade, em especial de uma liderança da comunidade chamada carinhosamente por todos de “vó”, obtiveram um terreno cedido por uma empresa imobiliária a duas quadras de distância do antigo endereço. A construção da sede própria do posto de saúde foi iniciada logo em seguida com trabalho, doações e fiscalização diária dos moradores do bairro. A obra foi concluída em 2002, que é quando o posto instala-se no novo local.

Interessa ressaltar que o novo posto tem características diferentes do anterior. O “postinho”, como é chamado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, possui uma área ampla para o atendimento médico e as demais atividades. Além da área externa, conta com a recepção para agendamento e espera de consultas, os consultórios médicos, o ambulatório, os banheiros, salas para outros profissionais como a assistente social e os estagiários de nutrição, a cozinha, a associação comunitária e a sala grande que reúne os grupos como, por exemplo, o grupo de idosos, de hipertensos e diabéticos, de pessoas com deficiência cognitiva, bem como as reuniões dos profissionais de saúde. Nesta sala encontramos uma mesa com uma televisão de 29 polegadas, um computador, cartazes informativos, um mural com fotos, uma maquete das áreas atendidas pelo posto (com as denominadas “zonas de vigilância” marcadas em cores fortes), um espelho, quadros brancos, uma mesa, cadeiras dispostas em círculo e uma porta larga que dá acesso a parte lateral do posto.

Esta história da construção do posto é relatada recorrentemente e visa retratar a comunhão de interesses entre profissionais de saúde e moradores no início dos anos 1990. O termo “comunidade”, usado em parte ainda nos dias de hoje para referir-se à área de abran-

gência do posto, remete provavelmente a este período de construção dos vários postos de medicina comunitária do GHC, que tinha como público alvo uma vizinhança de classes populares presente em partes da zona norte da cidade de Porto Alegre naquela época. Atualmente, entretanto, se observa que embora o sentido de vizinhança ainda permaneça, ela se refere principalmente a uma “zona de vigilância”, de acordo com a conceitualização epidemiológica. As transformações que ocorreram no bairro neste período podem ser observadas também no posto e no grupo de idosos que tem a presença de novos moradores do bairro, além dos antigos. Estes últimos se encarregam de recontar as histórias da formação do grupo e do posto.

O grupo de idosos tem cerca de 14 anos e começou a reunir-se por iniciativa da assistente social que trabalhava anteriormente no posto. Há alguns anos ela transferiu-se para outro posto de saúde e o grupo permaneceu se encontrando mesmo sem a presença de um profissional de saúde que o coordenasse. Em 2008, outra assistente social passou a integrar a equipe de saúde do posto e deu segmento as atividades do grupo juntamente com uma enfermeira, uma agente comunitária de saúde e um(a) estagiário(a) de nutrição. Formou-se, assim, uma equipe para planejar e coordenar as atividades do grupo.

Essa nova configuração, composta por uma equipe que tem como objetivo discutir questões de saúde com os idosos, difere do modelo anterior que contava com uma única profissional e no qual os idosos realizavam outras atividades (ou as mesmas, contudo realizadas de outra forma). Um exemplo de atividades que foram extintas são os jogos de bingo, os chás e o chamado “livro de ouro” que envolviam dinheiro com a finalidade de contribuir no financiamento de passeios e viagens anuais do grupo. A arrecadação e confecção de roupas e agasalhos para serem doadas aos moradores do bairro menos favorecidos financeiramente, realizadas pelas mulheres que participavam do grupo e da associação comunitária, também se encerrou.

O CASO DA CARTILHA

No final de maio de 2010, no início do trabalho de campo que deu origem a este artigo, acompanhamos a distribuição da cartilha do usuário já referida no item 3, a saber, “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”. No dia da distribuição da cartilha aos idosos, a primeira autora deste artigo havia chegado cerca de uma hora antes do horário do encontro com o grupo para se apresentar e conhecer a equipe de saúde. Os idosos participantes do grupo já se encontravam na sala de reuniões do posto para onde nos dirigimos para iniciar as atividades.

Ao entrar na sala observou-se a presença de um homem e quatro mulheres sentadas lado a lado nas cadeiras dispostas em círculo. No lado oposto da sala, sentaram as profissionais de saúde que participariam daquele encontro: a enfermeira, a estagiária da nutrição e a agente comunitária de saúde. Nesse primeiro momento, a primeira autora deste artigo sentou-se próxima às profissionais de saúde. Após alguns minutos, chegaram para se juntar ao grupo outra mulher e um homem trazido pela filha que o ajudava a caminhar. Depois dos cumprimentos iniciais, a enfermeira iniciou o encontro apresentando as novas participantes do grupo: a nova estagiária de nutrição e a antropóloga. Em seguida, fomos convidadas a falar sobre quem éramos e qual seria o nosso trabalho junto ao grupo. Assim, nos apresentamos e respondemos as perguntas de alguns idosos sobre as especificidades do trabalho, e o tempo que pretendíamos permanecer no posto.⁵ Enquanto conversávamos a estagiária de nutrição transcrevia as informações para a ata de reuniões.

De acordo com o cronograma de atividades elaborado pela equipe de saúde para os encontros, estava programada para aquele dia a distribuição e a discussão da cartilha. A assistente social já havia me

5 No caso da primeira autora, observou-se um marcado interesse em conhecer os motivos de sua migração do Nordeste para o Sul do país bem como suas impressões a respeito do Rio Grande do Sul e dos gaúchos.

entregado um exemplar de cada uma delas, antes do início do encontro. A enfermeira distribuiu a cartilha do usuário para os idosos após esse primeiro momento de apresentações. Logo que todos estavam com a cartilha em mãos, ela explicou que seria escolhido um capítulo para cada encontro do grupo e que, assim, iríamos discutí-la durante algumas semanas.

Com isso, ela iniciou a leitura da cartilha a partir do título: “Vivendo bem até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudáveis”. Então, em seguida, perguntou: “*quem não quer viver até os 100?*”. Fez-se silêncio na sala. Em seguida, ela refez a pergunta sorridente e enfatizando a sua surpresa com a falta de resposta: “*vocês não querem viver mais de 100?*”. As expressões faciais indicavam dúvidas, mas diante da expectativa de resposta para essa segunda pergunta alguns comentários foram surgindo: “talvez”, “quem é que sabe”, “acho que não”, “só se for com saúde, para dar trabalho aos outros, melhor não”.

A equipe de saúde questionou porque a maioria não queria viver mais de 100 anos, tendo em vista as diversas experiências, aprendizados, amizades que eles poderiam ainda ter na vida. Tudo isso foi apresentado de forma positivada, sendo reforçado pelo fato deles estarem participando do grupo e buscando cuidar da sua saúde. Nesse sentido, a equipe chamou atenção para a importância dos encontros, da relação entre os idosos e o posto e das discussões de saúde como, por exemplo, aquelas possibilitadas a partir da leitura da cartilha. Contudo, apesar dos esforços da equipe em prosseguir com a leitura e discussão do texto, outras questões surgiram na fala dos idosos, em geral, narrando experiências relacionadas à velhice não tão positivas quanto foram estimulados inicialmente.

A escolha dos idosos de não ler ou discutir as questões da cartilha se deu neste encontro e nos que se seguiram, nas semanas subsequentes. Cada vez que a cartilha era trazida para o grupo, outros assuntos ou questionamentos surgiam e o texto era deixado de lado, às vezes antes mesmo de começar a ser lido. Como ocorreu,

por exemplo, no encontro em que estava programada a discussão da segunda dica: “Mantenha-se atento à sua saúde”.

Nesse dia, antes de iniciar a leitura, uma idosa de mais de 80 anos comunicou que havia esquecido seu aparelho auditivo em casa e que por esta razão não poderia acompanhar muito bem a leitura do texto e as conversas do grupo. Ela começou a narrar o modo como usava o aparelho, suas vantagens e desvantagens, o seu funcionamento etc. Explicou que em casa preferia ficar sem ele, pois gostava do silêncio mesmo quando estava na companhia dos filhos e netos que moravam em casas construídas no mesmo terreno que a sua. Ressaltou que o seu telefone tinha um volume bastante alto, assim como a sua televisão e não era necessário utilizá-lo e que, por este motivo, às vezes saía de casa e esquecia-se de colocá-lo.

Ao trazer o tema da limitação auditiva, os outros idosos começaram a tirar dúvidas sobre a utilização do aparelho na tentativa de ajudar um idoso do grupo que também possuía esta limitação e que nos encontros reclamava do fato de não escutar quase nada mesmo com o uso do aparelho, como presenciado por diversas vezes. Após o tema da surdez, a mesma idosa relatou sobre a incontinência urinária que vinha sofrendo recentemente e da importância de perceber esse problema de saúde e tratá-lo o quanto antes. Em seguida, alguém lembrou um episódio de roubo ocorrido no bairro e começaram a discutir questões relativas à violência.

Depois de alguns meses, a cartilha saiu do cronograma. Não mais se ouviu menção a respeito dessa mudança no cronograma, nem por parte da equipe de saúde e nem dos idosos. Entretanto, outras atividades do grupo permaneceram, como o chamado “dia do bingo” e o “dia da saúde” que ocorrem uma vez a cada mês, o que nos motiva a refletir sobre a relação entre a experiência dos idosos e as políticas de saúde no contexto do posto.

O “dia do bingo” acontece desde o início do grupo e continuou acontecendo após as mudanças no posto e no grupo, porém com algumas alterações propostas pela equipe de saúde. Anteriormente

os jogos de bingo eram organizados pelas idosas, com uma contribuição em dinheiro com o objetivo de arrecadar fundos para os passeios e viagens. A partir da entrada da atual equipe de saúde responsável pelo grupo de idosos, os jogos passaram a acontecer uma vez por mês, numa semana determinada pela equipe, e sob a condição de não envolver dinheiro, apenas brindes como, por exemplo, pequenos utensílios domésticos, em geral de plástico, vendidos a preços populares no comércio local.

O “dia da saúde” começou a ser realizado mais recentemente. Ele é um encontro mensal também programado pela equipe para prestar orientações específicas sobre nutrição, Diabetes Mellitus (DM) e Pressão Arterial Sistêmica (PAS) e, para isso, a enfermeira e a estagiária de nutrição executam procedimentos como medir o nível de glicose no sangue, auferir a pressão arterial, medir a estatura, pesar e calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) dos idosos. Pode-se especular em que medida os profissionais do posto ao introduzirem o “dia da saúde” encontraram uma forma mais adequada para conversar sobre os enfrentamentos de problemas de saúde dos idosos nas reuniões do grupo.

Mas não há dúvidas de que as questões mais recorrentes trazidas pelos idosos para as reuniões dizem respeito aos seus filhos, à vizinhança, a doenças e à morte de parentes ou conhecidos. Independente do tema escolhido pela equipe para ser discutido no encontro, em algum momento essas questões são comentadas por uma idosa ou um idoso e essa conversa será priorizada pelo grupo.

Para exemplificar recordamos um “dia do bingo” ocorrido em junho de 2011. Nesse encontro, havia poucos participantes e eles preferiram conversar sobre alguns problemas pessoais ao invés de jogar. No decorrer da conversa um idoso de 65 anos, que mora com a esposa e as duas filhas num dos becos do bairro, falou sobre o suicídio de sua mãe e o sentimento de culpa que o acompanhava. O sentimento de culpa, segundo seu relato, se deu pelo fato dele ter comprado durante muitos meses os remédios prescritos pelo médico para sua mãe

e que a levaram à morte. Ela havia planejado suicidar-se e, ao invés de tomar os remédios, ela os guardava, tendo ingerido certo dia uma grande quantidade deles de uma vez só. Ele revelou que era a primeira vez que falava sobre esse assunto em muitos anos.

Como também em agosto do mesmo ano, num “dia da saúde”, “o dia que eles mais gostam”, segundo as profissionais de saúde, observei que enquanto a enfermeira e os estagiários de nutrição faziam os procedimentos de auferir pressão arterial, glicose, peso e altura, os idosos conversavam sobre o cotidiano. Nesta ocasião, contavam as novidades sobre os familiares e vizinhos; falavam de alguém que ficou doente ou que deixou de frequentar o grupo; relatavam algumas dores no corpo; e falavam sobre medicamentos que o médico havia receitado na última consulta. Uma idosa de 85 anos sentada ao meu lado comentou novamente sobre a doença de Alzheimer que acometeu seu marido, a sua luta para cuidar dele durante cinco anos, a morte por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e seu sofrimento durante todo esse processo. Contou-me, ainda, sobre os inúmeros tratamentos psicológicos e psiquiátricos pelos quais foi submetida nos últimos 12 anos por conta dessa experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da participação nos encontros do grupo de idosos, pode-se perceber que existe uma diferença entre a perspectiva do posto no que diz respeito às questões que devem ser abordadas e discutidas nos encontros e a perspectiva dos idosos no que se refere a sua participação, o que querem conversar e compartilhar com o grupo e a título de conclusão deste artigo, achamos oportuno refletir sobre como e onde essas duas perspectivas se encontram e/ou se tensionam na atualidade.

Um dos pontos de encontro parece ser uma determinada história compartilhada sobre o passado e, nesse sentido, a noção de vizi-

nhança de outrora permanece nas lembranças do trabalho coletivo para a construção do posto de saúde e nas referências constantes à família. A “comunidade”, a ‘vizinhança’, a “área de abrangência” e a “zona de vigilância”, se misturam nas perspectivas dos profissionais do posto e dos idosos configurando um ponto comum de interesse e de realização de um projeto de trabalho conjunto. Este projeto fala de afetos e de valores que se encontram e se atualizam nas reuniões semanais, mas também nas viagens, nas festas e nas comemorações realizadas ao longo dos anos pelos participantes.

Por outro lado, esta conjunção de interesses parece bem menos nítida quando se considera a busca por parte dos profissionais da saúde de promover mudança de hábitos e comportamentos dos idosos em prol da chamada qualidade de vida pelo maior tempo possível e com menores custos para o sistema de saúde. Isso não significa dizer que os idosos não se incomodem com as doenças que os acometem nesta fase da vida, que não buscam ajuda médica para suas dores ou que recusem qualquer tipo de intervenção profissional sobre seus problemas de saúde. Mas, como se evidenciou no caso da recusa implícita do grupo de debater a cartilha, as prioridades dos idosos parecem se situar em outro tempo, o passado, e espaço, a família e a vizinhança, que são recorrentemente referidos por eles. As transformações que ocorreram no bairro e no posto não se deram apenas sobre o espaço físico de ruas, casas ou salas de atendimento médico. As relações de vizinhança, as conquistas, as perdas, os corpos e a política de saúde também mudaram ao longo do tempo, marcando de forma indelével a história coletiva e pessoal de cada um. Nesse sentido, a ideia de “viver bem” — não necessariamente — “até mais de 100!” precisa, antes de tudo, estar referenciada nessa história.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Brasília*. Brasília, Departamento de Apoio à Descentralização, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009 a, 40p. Cartilha de Maria Lúcia Lens.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009 b, 80p. Cartilha de Maria Lúcia Lens.
- BRASIL. Organização das Nações Unidas. *Plano de ação internacional contra o envelhecimento: 2002*/Organização das Nações Unidas. tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49 f. (Série Institucional em Direitos Humanos. v. 1).
- GIACOMAZZI, M. C. G. *O cotidiano da Vila Jardim: um estudo de trajetórias, narrativas biográficas e sociabilidades, sob o prisma do medo na cidade Porto Alegre (RS)*. 1997. 348 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997. Tomo I.
- NEVES, E. M. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís: EDUFMA, 2008.
- VICTORA, C. G. *Mulher, sexualidade e reprodução: representações de corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre*. 203. 1991 f.

Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Saúde do idoso: práticas de cuidado e sentimento do corpo

Carolina Santana

Fátima Tavares

INTRODUÇÃO

Ainda que o processo de envelhecimento permaneça frequentemente associado a perdas — tratadas principalmente como problemas de saúde e alterações corporais —, na experiência contemporânea surge com grande força a promessa de conquista da chamada “velhice bem-sucedida” através de práticas e intervenções no corpo. Estimulados a cuidarem de si mesmos, a submeterem seus corpos a atividades físicas, procedimentos médicos e dietas adequadas em busca de uma velhice saudável, os mais velhos são conclamados por especialistas a participarem do mercado de consumo, ao mesmo tempo em que buscam soluções para seus problemas de saúde, habitualmente tratados como “típicos da idade”.

Considerando o cenário atual da sociedade brasileira, onde as imagens associadas ao avanço da idade são questionadas ao mesmo tempo em que manuais para uma velhice sadia são amplamente divulgados e recomendados por diferentes especialistas, procuramos

abordar a relação de idosos com serviços especializados em saúde e suas práticas de cuidado, destacando o modo como algumas conexões e contradições entre o saber médico e o sentimento do corpo são percebidos por eles.

As reflexões propostas nesse texto resultam de pesquisa etnográfica realizada entre 2009 e 2011 na cidade de Salvador, estado da Bahia, através da qual sentidos e motivações do cuidado, na percepção de idosos e seus cuidadores, foram identificados e analisados.¹ Apresentamos aqui algumas das questões que surgiram ao longo da investigação e que podem ser analisadas à luz do debate acerca das diferentes formas de conhecimento sobre/a partir do corpo e da produção de diferentes formas de intervenção, normas e subjetividades, a partir da variedade de recursos tecnológicos e morais. Embora tenham participado do estudo tanto idosos quanto cuidadores, decidimos que seria mais proveitoso para a discussão proposta deter-nos sobre as percepções dos idosos, adiando para outra oportunidade uma análise comparativa.

Os participantes do estudo foram selecionados de duas formas distintas: indiretamente, através de amigos e conhecidos, parentes de idosos, que facilitaram o contato com os informantes, e diretamente, a partir de um convite ao idoso, sem conexões com familiares. Os contatos foram feitos em diferentes momentos do trabalho de campo, entre os meses de agosto e dezembro de 2010. Foram selecionados seis idosos, quatro mulheres com idades entre 85 e 72 anos e dois homens, um com 93 e outro com 87 anos. A abordagem etnográfica utilizada consistiu no exame de diferentes aspectos da vida do grupo social estudado. Visitas informais foram realizadas no intuito de criar novas oportunidades de observação e atenuar parte da formalidade presente na situação de entrevista gravada, assim como para caracterizar, com a maior profundidade possível, seus modos de vida e suas percepções sobre eles.

1 Resultados gerais da pesquisa em Santana (2011).

Durante a investigação, identificamos variações significativas no estado de saúde dos idosos e nas relações estabelecidas com os serviços especializados em saúde. O conhecimento dos médicos era percebido pelos idosos de modo ambíguo, podendo-se intercalar sentimentos de respeito e exaltação, mas também dúvidas e questionamentos. Diagnósticos e procedimentos médicos foram contestados em algumas situações, especialmente quando contrariavam o sentimento íntimo e particular que cada um tinha sobre sua própria condição de saúde. Contudo, a hesitação sobre a eficácia do conhecimento médico na solução de problemas de saúde (frequentemente tratados como “típicos” e “naturais” da velhice) era revelada, quase sempre, de modo confessional, indicando o reconhecimento de uma posição de “desobediência” ou “rebeldia” assumida pelos idosos diante do saber biomédico. Em muitos casos, as ressignificações operadas em suas práticas sugerem que não se trata de lidar passivamente com prescrições médicas, ou rejeitá-las, pelo contrário. No âmbito dos cuidados em saúde, os idosos vivenciam situações e contextos diversos onde práticas e sujeitos emergem, apontando agenciamentos variados nos encontros terapêuticos com médicos, enfermeiros e outros cuidadores.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Embora alguns estudos gerontológicos apontem a necessidade de abordar o processo de envelhecimento em todos os seus aspectos, problematizando a exclusividade da perspectiva biológica e a inclusão de fatores sociais e culturais, são mais numerosos aqueles que tratam a velhice como uma patologia crônica: um processo de desgaste cumulativo, irreversível e universal, que provoca a deterioração do organismo maduro, tornando-o progressivamente incapaz de cumprir com as funções básicas, levando o indivíduo à morte. São amplamente aceitas análises como a de Neri e Cachioni (2005),

por exemplo, que categorizam o envelhecimento de três maneiras: normal, (com perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice, mas sem patologias), ótima (compatível com um funcionamento comparado ao de indivíduos mais novos), patológica (presença de doenças típicas da velhice). Com tantas doenças “típicas”, é comum, portanto, considerar que estar velho é estar doente permanentemente.² Visto como desvalido, o velho e seu corpo são eterna clientela para as técnicas da assistência social e tal percepção também está presente no discurso do Estado e dos criadores e gestores de políticas públicas, muitos deles gerontólogos.

Britto da Motta (2002) aponta como assertivas e prescrições “científicas” podem estar aliadas ao preconceito contra os velhos, pois o discurso explícito da doença ou das perdas como próprias à velhice costuma ser incorporado pelos idosos como expectativa de um processo “natural”. Em contrapartida, o receituário para viver a velhice “com qualidade” acaba “gerando uma expectativa social compressoras sobre os que ‘não obedecem’, que deveriam sentir-se culpados por estar perdendo a oportunidade de se ‘prevenir’ do envelhecimento, pois hoje, mais do que nunca, ‘só é velho quem quer’...” (MOTTA, 2002, p. 46) Nesse sentido, consideramos relevante a afirmação de Helman (2003) sobre como questões morais na contemporaneidade estão cada vez mais sendo expressas em termos médicos e não em termos religiosos, como em outros momentos históricos:

2 Ao definir o conceito de velhice bem-sucedida como “realização do potencial individual para o alcance do grau de bem-estar físico, social e psicológico avaliado como adequado pelo indivíduo e pelo seu grupo de idade” (NERI; CACHIONI, 2005, p. 116), não levam em consideração que os parâmetros da avaliação do que é “adequado” em termos de “bem-estar físico, social e psicológico” são definidos pela sociedade e pelo indivíduo e, nesse sentido, são resultado da combinação de múltiplas construções sociais, tendo em comum o reconhecimento dos idosos como um ônus para a sociedade.

A medicina sempre foi mais do que um sistema de ideias e práticas científicas; é também um sistema simbólico, expressando alguns dos vários valores, das crenças e das preocupações morais básicas que subjazem à sociedade em geral. [...] a medicina atual condena o estilo de vida que não é saudável, e as punições ocorrem nesse mundo e não no mundo que está por vir. (HELMAN, 2003, p. 114)

Nesse contexto, a saúde dos idosos, alvo de cuidados crescentes (e dispendiosos), é tratada, sobretudo, como uma responsabilidade individual. Há uma pressão para que as pessoas se comprometam com um determinado estilo de vida, que consumam produtos e serviços específicos e busquem, a todo custo, prevenir e tratar alterações físicas indesejadas.

Quando o rejuvenescimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. A oferta constante de oportunidades para a renovação do corpo, das identidades e auto-imagens encobre os problemas próprios da idade mais avançada. O declínio inevitável do corpo, o corpo ingovernável que não responde às demandas da vontade individual é antes percebido como fruto de transgressões e por isso não merece piedade. (DEBERT, 1999, p. 79)

Ao mesmo tempo em que concepções autopreservacionistas do corpo e a ênfase no caráter auto-infligido das doenças vem ganhando força no imaginário social, as enfermidades “típicas” dos idosos são percebidas como metáforas de muitos terrores da vida cotidiana, trazendo consigo uma série de associações que podem ter efeitos sérios na maneira como as pessoas percebem a sua própria condição e como os outros agem em relação a elas. Todas essas metáforas para a enfermidade não são apenas fenômenos de linguagem.

Também são, de certa forma, “incorporadas” ou internalizadas por aqueles que a empregam. Tornam-se parte do modo como indivíduos vivenciam os eventos — tanto dentro de seus próprios corpos como além deles — e dos sentidos que dão a essas experiências. (HELMAN, 2003)

Encontramos variações significativas no estado de saúde dos idosos, desde aqueles que gozavam de grande autonomia para realização de suas atividades de rotina (apesar de apresentar alguns problemas considerados “típicos da idade”, como diminuição da acuidade auditiva e, ou, visual), passando por casos em que havia maior dificuldade de locomoção e situações de internamento no passado por conta de gripe ou Acidente Vascular Cerebral (AVC). Embora em nenhum dos casos tenhamos tratado com idosos acamados ou em situação de demência, uma das senhoras sofria de mal de Parkinson e necessitava de assistência diária para realização das tarefas de rotina. Diferentes condições de saúde produziam, assim, demandas variadas entre os idosos, levando a práticas e relacionamentos muito distintos com aquelas que eram consideradas suas cuidadoras. Além disso, o acesso ao serviço especializado, aos tratamentos e realização de exames médicos também eram diferenciados segundo as condições de vida dos idosos. A pesquisa evidenciou que aqueles que necessitam de uma atenção maior em termos de cuidados médicos são os que têm melhores condições econômicas e que dispõem de assistência médica.

ORÁCULO DO CORPO: ENCONTRO TERAPÊUTICO E PRÁTICAS DE CUIDADO

Bonet e Tavares (2007) apoiam-se no conceito de prática enquanto caminho promissor para a compreensão dos processos de significação, considerando indispensável, na investigação das práticas do cuidado, perseguir a extensão das conexões que são desencadeadas

por humanos e não humanos, no intuito de compreender como se processam essas mobilizações. Nesse sentido, estão interessados no espaço “entre”, no qual se estabelecem os relacionamentos entre os terapeutas e os sujeitos que buscam o cuidado, tratando-o como o espaço de agenciamentos, onde a criação de significados e práticas tem lugar. A investigação dessas mediações nos possibilita ir além do reconhecimento de “discursos sobre” terapêuticas ou corpos, tratados como referenciais estanques, já consolidados, ou “visões de mundo”.

Esse espaço pode facilitar a criatividade porque é nele que as visões e percepções são postas em jogo. O espaço do encontro terapêutico é um espaço “entre”, porque tanto o terapeuta, seja médico ou não, quanto o paciente, põem suas certezas em questão; é o espaço entre os discursos, entre os corpos, entre as representações e as vivências dos corpos e, ao menos potencialmente, é o espaço das possibilidades de negociações, da criatividade [...]. (BONET; TAVARES, 2007, p. 267)

O encontro terapêutico, que viabiliza esse espaço “entre” a que se referem os autores, em especial o espaço entre saberes, adquire diferentes características dependendo do contexto abrangente de cuidado de si no qual se desenvolve. É nesse espaço que as redes de cuidado se processam, incluindo tanto modos institucionalizados quanto não institucionalizados, misturando diferentes saberes e práticas na busca do cuidado:

Na sua percepção mais convencional, ou coletiva, generalizada, a idéia de cuidado pode entrar numa certa tensão com a terapêutica biomédica, na medida em que percepções contrastivas de cuidado emergem na relação entre usuário e profissionais médicos. Assim, sabemos que quando um médico fala para seu paciente ‘vou cuidar de você’ e quando uma mãe, cujo filho depende de ‘cuidados médicos’, também ‘cuida do seu filho’, eles sabem que estão falando de coisas diferentes. O cuidado

de um complementa e contrasta o cuidado do outro, só podendo ser compreendidos em relação aos contextos diferenciais nos quais se criam essas significações. (BONET; TAVARES, 2007, p. 272)

Nos casos investigados, os idosos concordam que houve imenso progresso na medicina nas últimas décadas. Entretanto, a percepção sobre esse conhecimento especializado foi bastante variada. Em algumas situações, o idoso se sente “competente” para “explicar” o problema de saúde que teve e os tratamentos aos quais se submeteu. Em outras, o idoso não “entende” o que ocorreu com seu corpo, o significado de cada etapa do tratamento ou qual a finalidade de alguns dos remédios que toma. Em muitos relatos, tinha-se a impressão de que o saber médico era assumido como uma espécie de “oráculo”, repleto de enigmas e previsões, fornecendo respostas para dúvidas e soluções para problemas, quase sempre de um modo misterioso e incompreensível para o consulente.

As muitas idas e vindas ao consultório, em muitos casos, revelavam também um temor relacionado às doenças hereditárias, como diabetes ou câncer. Exames regulares são realizados por aqueles que têm parentes próximos doentes, ou mesmo mortos vitimados por doenças crônicas e sem cura. Em muitas situações os idosos usavam expressões como “estou de pé” ou “não me entreguei”, “não estou jogado na cama” como evidência de boa condição de saúde, especialmente os mais velhos. É certo que alguns se lamentavam mais que outros sobre seus problemas de saúde, mas em geral gostavam de transmitir a impressão de que estavam bem, que se sentiam bem. Quando perguntamos a Matilde como avaliava sua saúde, ela disse sorrindo, de um jeito displicente: “*Bem, tô em pé, tô falando, tô comendo... Tô vivendo. Acho boa, graças à Deus*”. Jorgina, com diversos problemas de saúde crônicos, negava estar doente por não estar em cima de uma cama. Mas de certo modo, ela passava mais tempo na cama ou sentada na cadeira e, durante as visitas, muitas vezes se

despedia dizendo que precisava se deitar. Edileuza, fazendo tratamento neurológico, resumia: “*tenho muitos problemas, mas no geral eu estou bem*”. Nenhum dos participantes do estudo vivia acamado e todos gozavam de relativa autonomia, cada um a seu modo. Essas expressões eram sempre seguidas por comentários carregados de ambiguidade, pois, se por um lado “não estar preso em uma cama” parecia servir como atestado de saúde na percepção dos idosos, por outro não deixava de ser uma possibilidade futura e temida.

Houve situações em que o conhecimento dos médicos foi questionado e contestado, especialmente quando contrariava a percepção íntima e particular que cada um tinha de sua própria condição de saúde. Nesses casos, os diagnósticos e recomendações não eram considerados muito confiáveis, pois o idoso afirmava conhecer o próprio corpo e se sentir bem. Zinaldo, por exemplo, questionava o diagnóstico de diabetes, pois quando fazia uma dieta equilibrada, os exames indicavam que “o açúcar estava normal”. Como ele se sentia muito saudável, não entendia porque o médico o tratava como diabético mesmo quando seus exames indicavam que as taxas de glicemia estavam dentro dos parâmetros da normalidade:

então e não sei se eu sou mesmo diabético ou se os médicos dizem que diabete é quando o açúcar tá alto. E não sou muito atencioso a essas coisas e isso é desde muito tempo e é por isso que tenho 93 anos [risos].

O relato de Edileuza sobre o que ela chamou de “crise estranha” explicita a percepção do saber médico como um saber oracular. Enquanto narrava o acontecido, parecia um pouco envergonhada por não ser capaz de explicar o que sentiu ou o que desencadeou “um esquecimento” que durou mais de três horas. Só soube como se comportou durante essa crise através de pessoas que testemunharam o momento em que ela não reconhecia ninguém, nem sabia onde estava. Passou uns dias bastante assustada, se perguntando “*que foi que eu tive, meu Deus do céu?*”. Foi procurar a resposta no hospital.

Na sua narrativa, a neurologista que a atendeu foi capaz de fornecer respostas para o angustiante mistério que envolvia sua condição de saúde, ao mesmo tempo em que fez recomendações para solucionar seus problemas. Edileuza soube, assim, que teve uma “isquemia reversível” e, embora não parecesse saber o que significava exatamente “isquemia”, parecia tranquilizada com o termo “reversível” que a acompanhava. A médica receitou um medicamento e quando Edileuza começou a usá-lo, passou a ter fortes dores de cabeça. Leu a bula, preocupada. Procurou um enfermeiro, irmão de um dos seus genros, na esperança de que ele pudesse esclarecer algo sobre o medicamento e obteve a seguinte resposta: “*não é pra ficar lendo bula de remédio, porque todos têm efeitos colaterais e é isso mesmo. Tem que usar o que o médico mandar*”. Outras pessoas falaram também que ela devia tomar o remédio, pois “*se o médico passou tem mais é que tomar pra melhorar*”. Ainda assim, Edileuza tinha dúvidas, afinal as informações contidas na bula eram preocupantes. Procurou uma médica amiga para decidir o que fazer: “*Mas Simone, e isso aqui que diz que dá, ‘degenerativo’, o que é isso?*”. A velha amiga foi ainda mais enigmática que a médica anterior: “*isso é os cabelos brancos do cérebro [risos]*”. No final, foi preciso acreditar e confiar que os especialistas tinham razão, apesar dos efeitos colaterais: “*Aí eu acabei tomando. E dá dor de cabeça. Dá um mau humor terrível, eu fico irritada mesmo*”.

Os modelos que padronizam, interpretam e tratam enfermidades, como ressalta Kleinman (1980), não são, necessariamente, idênticos às crenças generalizadas sobre enfermidades sustentadas pela sociedade, sendo a consulta médica o momento de transação entre os modelos explicativos leigos e médicos acerca de uma determinada doença: os clínicos, em virtude do poder que lhes é atribuído pela formação profissional, buscam adaptar o modelo explicativo do paciente ao modelo médico, não considerando na maioria das vezes a perspectiva do paciente. Entretanto o “modelo explicativo” de Kleinman se diferencia do nosso modelo de

agenciamento, pois para ele os diferentes “sistemas” já estão definidos em sua heterogeneidade, ao passo que nós não tomamos essas diferenciações como *a priori* e é no curso da investigação que vemos como elas emergem nas práticas de cuidado. No caso narrado, Edileuza não aceitou passivamente a conduta médica. Acatou, mas não aceitou a orientação.³

Entre os participantes do estudo, Matilde demonstrou grande desconfiança em relação aos médicos e seus procedimentos, e mesmo considerando importante fazer exames e ir a consultas médicas, evitava a todo custo esse tipo de situação. Preferia confiar no divino e na natureza: “*É como eu lhe disse, minha filha, estou nas mãos de Deus. Quase não vou a médico. Difícil demais! Quando sinto alguma coisa, tomo meus chás e fico boa*”. Ela dizia reconhecer a importância de ir ao médico, mas confessava temer seus procedimentos: “*quando eles pegam na gente, eles futucam tanta coisa... aí eu não sou muito chegada a médico*”. Quando falamos sobre exames médicos, Matilde disse, num tom despachado, recheado de palavrões, que nunca fez exame ginecológico e não via motivos para que um desconhecido a examinasse em regiões tão íntimas. Adepta do candomblé, todas as segundas-feiras ela “dá banho de pipoca”⁴ nas escadarias da Igreja de São Lázaro. Contou, sorrindo, que muitos médicos vão em busca do banho purificante e protetor e dizem que se ela precisar de algo, pode procurar por eles: “*eu digo: ‘tá certo’, mas não vou não [risos]*”.

3 Bonet e Tavares (2007, p. 273) “O consultório passa a ser o lugar onde a dramatização da vida comparece e muitas vezes ela acaba constituindo a dimensão central da consulta, dificultando, na visão do médico, a atuação do cuidado no sentido convencional”.

4 No candomblé, a pipoca é usada nas oferendas para os orixás Obaluayê (pipocas brancas) e Omolu (pipocas queimadas). Os banhos de pipoca são rituais importantes e servem para cura e harmonização, segundo contou-me Matilde. Todas as segundas-feiras pode-se tomar um “banho de pipoca” em frente à Igreja de São Lázaro, em Salvador.

No caso de uma das idosas, as dúvidas em relação ao conhecimento médico e sua eficiência geraram um percurso complicado, levando-a a buscar diferentes tratamentos. Quando uma pequena ferida surgiu em sua perna, Jorgina começou a usar chás e folhas por conta própria, para se tratar. Contudo, sua perna começou a inchar, a ferida começou a piorar e ela se perguntava se podia ser “problema de circulação”. O que no princípio parecia um machucado simples tornou-se uma úlcera assustadora, que ela descreveu com requinte de detalhes. No consultório médico foi realizado um procedimento que ela chamou de “raspagem dos bichos que estavam na ferida”, seguido de um curativo. Mas a ferida não cicatrizou e apresentava um estado ainda pior. Como em outros casos, as dúvidas em relação aos diagnósticos e tratamentos costumam levar os pacientes a buscar uma segunda, ou até terceira, opinião sobre um assunto que eles quase sempre desconhecem totalmente. Com Jorgina não foi diferente: procurou uma enfermeira, casada com um sobrinho-neto, e perguntou o que devia fazer. A enfermeira avaliou a situação dela, sentenciou que tudo aquilo era resultado da desova realizada por uma mosca varejeira na ferida. Segundo esta nova orientação, além do uso de folhas e chás agravar o problema, o médico não diagnosticou corretamente a infecção e não recomendou o tratamento adequado para combatê-la. O mais eficaz era tratar a ferida “como antigamente, lá no interior”: usando creolina para limpar a ferida. Essa discordância entre saberes foi notada pela idosa como um ato de ousadia por parte da enfermeira, pois, como ela mesma argumentou: *“de certo modo ela estava condenando o hospital, os que são mais graduados que ela, que não resolveram meu problema”*. Quando a enfermeira perguntou se Jorgina estava disposta a usar a creolina, ela refletiu: *“Olhe, dizer que o médico cura desse jeito, não cura”*, explicando que *“tinha que ter segurança, não é?”*. Quando ela disse que decidiu *“partir pra esse lado”*, ficou claro que ela considerava aquele um caminho alternativo, com explicações e recomendações diferentes daquelas recebidas no consultório

médico, mas que poderiam ser mais eficazes que as fornecidas pelo saber oficial. Essas explicações e recomendações não estavam, entretanto, completamente dissociadas do conhecimento médico, pois além de aplicar creolina na ferida — o que resultou em dores terríveis — a enfermeira pediu autorização do médico que trata Jorgina de mal de Parkson para o uso de um medicamento. A idosa resume seu caso:

Você veja que coisa séria, né? Se eu não descobrisse isso aí, eu acho que tinha perdido a perna, porque ia proliferando. Então foi a creolina que matou os bichos e eu tive que tomar o remédio pra não aparecer mais. Agora tô fazendo o curativo e tô melhorando. Tô acompanhando e tô me sentindo bem.

Ainda sob tratamento na ocasião do estudo, uma enfermeira trocava o curativo uma vez por semana e Jorgina parecia muito satisfeita com os resultados.

Reconhecidos como capazes de prevenir e curar, nossos interlocutores encaravam os médicos de modo respeitoso, mesmo nos casos de desconfiança explícita. Contestações sobre diagnósticos e recomendações médicas eram quase sempre acompanhadas de um tom confessional, como se duvidar fosse uma espécie de crime justificado pela ignorância. Diferente de Matilde, que prefere entregar sua saúde à Deus, Lídio declarou que, para ele, “*é Deus no céu e o médico na Terra*”. Entretanto, ao mesmo tempo em que exaltava essa categoria profissional, também hesitava. Quando surgiu um “negócio” em seu pescoço muito dolorido (uma espécie de caroço, pela sua descrição), procurou o posto de saúde, mas não conseguiu atendimento. Teve que pagar do próprio bolso uma consulta de 60 reais, que para seu orçamento de aposentado com renda de um salário mínimo é quantia significativa. O diagnóstico foi “pressão alta” e, embora Lídio considere os médicos quase tão poderosos quanto Deus, recebeu a notícia com descrédito, justificando que sempre teve esse problema, “toma o remédio direito” e nunca surgiu nada parecido. Revelou

suas dúvidas ao médico que ignorou seus protestos, deu instruções e acabou obtendo sua aprovação:

É assim mesmo... faça assim, faça assado, vire a cabeça pra lá... ele me examinou, mandou eu levantar, suspirar, meteu um bocado de negócio por aqui [aponta para as costelas]... aí passou um remédio, já acabou a caixa... e agora eu tô tomando outro... e é assim. Mas passou tudo. Eu digo ‘olhe aí, ou bom ou ruim, não sei se foi verdade o que ele disse, mas a dor passou, então algum resultado teve’...

AGENCIAMENTO TERAPÊUTICO E SENTIMENTO DO CORPO: ESPERANÇAS E TEMORES

A abordagem metodológica de Bonet e colaboradores (2009) é de particular interesse para compreensão da dinâmica do cuidado, pois traz à baila a dimensão relacional e situacional do cuidado e de seus mediadores. Os autores propõem uma análise do processo saúde-doença operando alguns deslocamentos da ideia de “público alvo” (perspectiva adotada por aqueles que elaboram políticas públicas a partir de interesse divergentes dos usuários do serviço de saúde) e de “usuário-centrado” (quando a ênfase recai sobre o usuário como mediador, evidenciando sua interferência no curso dos acontecimentos), para o enfoque sobre o “usuário em situação-centrada”. Ao desenvolver o conceito de agenciamento terapêutico, apontam questões importantes para a compreensão do fluxo das buscas por cuidados terapêuticos.

Os autores chamam a atenção para a ideia de que o usuário não é uma entidade passiva a que se destinam as políticas (como sugere o conceito de público alvo), e que suas atitudes e condutas encontram-se no meio do processo, produzindo interferências (conforme admite hoje o sistema de saúde ao adotar a perspectiva do usuário

centrado), defendendo a dinâmica relacional do sistema de cuidado. Deslocando a atenção do sistema para o usuário, busca-se observar todos os envolvidos como “um momentum de um feixe de relações”. (BONET et al., 2009, p. 242) Tal deslocamento consiste em investigar os usuários em situação, utilizando como unidade de análise a “situação-centrada”, perspectiva que parte do pressuposto de que identidades e experiências são situadas, buscando evitar definições substancializadas, universais e irrelativizáveis das identidades sociais:

Deste modo, falar de usuário em situação-centrada nos permitiria pôr a ênfase nas relações e não nos elementos que entram em jogo nessas situações, mas também atentar para essas identidades complexas que põem em relação diferentes sistemas de conhecimentos e pertencimento. Este tipo de abordagem permite pensar em sujeitos que estão em uma permanente reconstrução de seus discursos e das suas posições no cotidiano. Esta perspectiva sobre o usuário se diferencia da idéia de usuário-centrado e nos aproxima da idéia de usuário como mediador; é mediador porque ele próprio, suas ações e seu mundo dependerão da configuração posicional e, portanto, relacional, que os outros mediadores adquirirão numa estrutura conjuntural específica. (BONET et al., 2009, p. 243)

Nos casos apresentados, destacamos diferentes agenciamentos do corpo na relação com as “visitas médicas” e como essas práticas são ambíguas na perspectiva dos idosos. Aqueles que costumam ir ao médico assumiam, basicamente, duas posturas: vão ao médico mesmo sem qualquer sintoma ou queixa, “*não espero a dor aparecer. Eu vou, porque tem que ir*”, para verificar “*se há algo estranho*”; outros diziam que se sentiam obrigados e iam ao médico apenas porque outros parentes insistiam e ainda houve aqueles que afirmaram só buscar a consulta médica em caso de emergência, “*só vou quando não tem jeito*”. Ir ao médico, realizar exames, se submeter a tratamentos e usar medicações são tentativas, sobre-

tudo, de prevenir o surgimento de doenças. Contudo, tais práticas podem ser percebidas de formas diferentes, tanto como necessárias e compulsórias, quanto como dispensáveis e contingentes, ou mesmo articulando várias dessas percepções, dependendo da situação que vivenciavam.

Quando conhecemos Zinaldo, ele tinha estado hospitalizado há menos de dois meses e não sabia contar direito o que se passou. A neta disse que o avô teve um princípio de infarto seguido de pneumonia e ocupou uma semi Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por três dias e mais quatro num quarto comum. Era visível seu desconforto com a história da semiUTI, como se isso trouxesse ao seu caso uma gravidade que ele preferia não ter que encarar. Passou-nos a impressão de que ele ainda estava chocado com o período de internamento e com o tratamento depois da alta médica, que o obrigava a uma dieta muito específica e o uso de numerosos medicamentos. Zinaldo parecia desconfortável com todas as atenções recebidas e toda a vigilância que sua estadia no hospital gerou entre os parentes. Além disso, ele parecia sofrer com aquele pequeno paradoxo de saber do próprio corpo melhor do que ninguém e ser pego de surpresa por esse mesmo corpo, correndo risco de morrer sem contar com qualquer aviso prévio desse velho conhecido. Reclamava muito do tratamento receitado, do modo como se sentia obrigado por todos a acatar as decisões do médico, sendo vigiado e controlado pelos familiares para seguir as recomendações médicas. E como tinha tido um mal-estar abrupto e surpreendente, se assim não fizesse estaria assumindo a responsabilidade caso algo corresse mal com sua saúde.

A quantidade de medicamento receitado e a frequência com que tomá-los eram informações enfatizadas pelos idosos e pareciam ser utilizadas como indicadores para avaliarem seu estado de saúde e compararem o sentimento que tinham do próprio corpo com o diagnóstico médico. Quando o idoso dizia que “se sentia bem” e usava poucos remédios — ou nos casos em que os medicamentos eram tão numerosos quanto as queixas sobre dores e

enfermidades —, se mostrava satisfeito com a aparente correspondência entre seu sentimento de corpo e a opinião médica. Entretanto, quando havia divergência entre tratamento e sentimento do corpo — muitos remédios receitados para quem se sentia saudável, ou poucos remédios para quem se sentia doente —, eram explicitados os protestos e contestações. O medicamento era, portanto, ressignificado pelos idosos como uma medida de controle corporal e não apenas como uma prescrição médica a ser passivamente aceita.

Esse era o caso de Zinaldo, que apresentou um dia, indignado, uma caixa de sapato contendo dezenas de caixas de remédios. Tinha uma vaga noção sobre para que cada um deles servia e uma das filhas havia elaborado um quadro de horários para os 15 comprimidos que deviam ser tomados ao longo do dia:

eu sei que quase todos aí são pra reforçar o coração, pra coração trabalhar melhor, mas eu tô sentindo meu coração muito bem... eu não vou tirar a razão do médico, que ele estudou pra isso, mas a vida é minha, sou eu que sinto meu corpo.

Parecendo reivindicar essa sensação como um direito soberano sobre o próprio corpo, ele fazia adaptações por conta própria. Alguns remédios que deviam ser tomados mais de uma vez por dia, ele tomava apenas uma vez. Dizia que tinha impressão de ser suficiente:

nem tudo que mandam eu faço... tem uns remédios que o médico passou que eu parei de tomar por conta própria, porque eu acho que não precisa tanto medicamento assim... Eu não sou cumpridor das determinações médicas, não sou muito fiel não...

Em nossos encontros, entretanto, Zinaldo deixou pistas de que o desejo de economizar com esses gastos poderia ser também um catalisador dessas adaptações, já que alguns deles custavam mais de 100 reais. A caixa de remédios o aborrecia profundamente, como um

atestado contrário ao seu sentimento de corpo, como um temor carregado consigo para todo canto:

Eu fui ao médico essa semana com esperanças de que ele tirasse alguns remédios e ele só tirou um. Tirou um! Olha, eu acho aí que ele devia tirar vários e dias depois ele podia experimentar se estava boa a medida, se não tava... mas não, manda tomar quatro meses esses mesmos remédios! Eu acho que tá errado, principalmente porque eu não tô sentindo nada... ninguém me convence de que ele tá certo. Não. Eu tô tomando dez remédios diferentes. Ter que tomar tanto remédio sacrifica a vida da gente, o dia todo tem remédio pra tomar e tudo caro! Eu acho que o tratamento devia ser diferente, não pegar o velho e dar esse castigo. Agora você vê, eu tenho que andar por aí arrastando isso [a caixa de remédio].

Essa contradição estampada entre o que Zinaldo dizia sentir e a necessidade imperiosa de usar todos aqueles remédios receitados pelo doutor, detentor do conhecimento, o abalava. Mesmo que fosse um paciente um tanto quanto rebelde, tomava todos os remédios e mantinha uma esperança mal disfarçada de que aqueles tratamentos trouxessem algum resultado, pois, embora afirmasse: “o que eu sinto é que estou com a saúde formidável e eu acho que não precisava”, ele admitia, com o semblante preocupado, “mas eu acho que minha saúde também pode ficar frágil de uma hora pra outra”.

Entre esperanças e temores, Zinaldo estava escrevendo para sua coluna em um jornal local, um texto sobre os cuidados que o médico deve dispensar a um sujeito de 93 anos, onde a questão do sentimento do corpo era apresentada como contraponto à ciência especializada. Ele explicou o ponto central de sua teoria sobre a falta de conhecimento da geriatria em relação à velhice:

[...] a geriatria tá atrasada, ela precisa correr pra nos pegar, porque o nosso tempo tá correndo e a geriatria não se adaptou à nossa realidade, tá lá atrás e ainda não se aproximou da gente. Porque o sentimento de uma pessoa de 45 anos não é igual

ao de uma pessoa de 80 anos, que também não é igual ao de uma pessoa de 93 anos... A sensibilidade nossa é diferente, a recuperação nossa é completamente diferente... a recuperação de uma criança é rápida, a de um velho, quase não tem... [risos] a geriatria não tá acompanhando, tá recuando, deixando que a gente se vire...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratada por muitos especialistas como uma doença, a velhice, na perspectiva gerontológica, pode ser prevenida e curada através do comprometimento individual com um determinado estilo de vida “saudável”, o que implica no consumo de produtos e serviços específicos voltados para o cuidado da saúde dos idosos. Entretanto, nesse cenário, observamos a existência de agenciamentos que fazem emergir conhecimentos, onde corpos, sujeitos, tratamentos, expectativas e destinos são colocados em questão, produzindo diferentes formas de relação a partir da variedade de recursos tecnológicos e morais disponíveis nos contextos e situações. Nos casos apresentados, buscamos abordar a relação de idosos com serviços especializados em saúde e suas práticas de cuidado, destacando o modo como as conexões com o saber médico são percebidas por eles.

Enfocando o “encontro terapêutico” como espaço “entre” saberes, onde certezas são colocadas em questão, procuramos evidenciar o espaço das possibilidades de negociações, da criatividade, no momento da consulta médica e nas práticas de cuidado adotadas pelos idosos. Observamos que o conhecimento médico, em muitas situações, foi questionado e contestado e a percepção íntima e particular que cada um tinha de sua própria condição de saúde era também um conhecimento relevante na percepção dos mais velhos. Diagnósticos e recomendações médicas nem sempre eram consideradas confiáveis ou seguidas com rigor por eles, produzindo interferências nas

formas de intervir no corpo e gerando normas de conduta e subjetividades em interação.

Considerando o usuário do serviço de saúde como um dos mediadores, onde suas ações e seu mundo dependerão da configuração relacional que os outros mediadores adquirirem numa situação específica, as ressignificações operadas nas práticas de cuidado adotadas pelos idosos participantes da pesquisa sugerem que não se trata de lidar passivamente com prescrições médicas. Buscamos, enfim, avaliar como diferenciações entre saberes emergem nas práticas de cuidado – seja quando os idosos são incentivados a acatar ordens médicas, mesmo sem concordar com elas, ou quando revelam dúvidas em relação ao conhecimento médico e sua eficiência, apelando para tratamentos “alternativos” em busca de soluções para seus problemas de saúde, ou mesmo quando enfatizam o sentimento do corpo contrapondo-o à avaliação médica e suas prescrições – e identificamos diferentes agenciamentos nos espaços “entre” as práticas médicas.

REFERÊNCIAS

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 263-277.

BONET, O. et al. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 241-250.

DEBERT, G. G. Velhice e o curso de vida pós-moderno. *Revista USP*, São Paulo, n. 42, p. 70-83, jun./ago. 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/42/06-guitagrín.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KLEINMAN, A. Orientations 2: culture, health care systems, and a clinical reality. In: KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. California: University of California Press, 1980. p. 24-70.

MOTTA, A. B. da. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 37-50.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação, In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 2005. p. 113-140.

SANTANA, C. *O cuidado na família: significados e motivações das trocas intergeracionais na percepção de idosos e cuidadores*. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

Saúde e biossociabilidade: pensando maneiras de associativismo entre um grupo de pacientes com fibrose cística

Roberta Reis Grudzinski
Fabíola Rohden

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é verificar a relevância analítica de certos conceitos que aparecem de forma recorrente nos estudos acerca da temática de associação de pacientes, levando em consideração que os contextos locais e históricos muitas vezes impõem reflexões e limites às nossas ferramentas conceituais. Para tal análise termos como “biossociabilidade” e “cidadania biológica” foram tensionados a partir de uma etnografia realizada entre uma associação de pacientes com fibrose cística.

Pacientes com diversas enfermidades e seus familiares — e às vezes os próprios médicos especialistas — costumam formar grupos ou associações com o objetivo de dar apoio, oferecer informações sobre cuidados e tratamentos e promover pesquisas sobre suas doenças. O surgimento dessas alianças — na Europa e nos Estados Unidos — data dos anos 1940 e 1950. (LINDEE, 2005; RABEHARISOA, 2006)

A partir de uma revisão histórica da atuação desses grupos, Rabeah-risoa, Callon e Demonty (2000) concluíram que há três reivindicações em comum nas pautas dessas associações. A primeira delas é de ordem identitária, uma vez que pacientes com as mesmas doenças possuem experiências individuais semelhantes – forjando juntos uma biossociabilidade. (RABINOW, 1999) A segunda reivindicação é de ordem epistemológica: a experiência que familiares e pacientes adquirem e compartilham uns com os outros, apesar de diferente do conhecimento biomédico, mostrou-se essencial para o entendimento e descrição de suas doenças. A terceira reivindicação é mais diretamente política. Familiares e pacientes procuram, das mais diversas maneiras, criar canais de comunicação que legitimem suas opiniões sobre como devem ser conduzidas as políticas de saúde e pesquisa relacionadas à sua condição.

Alguns autores procuram classificar tais associações ou grupos sob o título: Embodied Health Movements (Movimentos de Saúde Incorporados). Entre suas principais características, há a introdução do corpo biológico como central, especialmente em termos da experiência corporificada das pessoas que têm a doença. Tais associações também são caracterizadas por produzir questões e desafios à prática e conhecimento médico-científico atuais. Por fim, tais grupos também são caracterizados pelo seu envolvimento e colaboração com cientistas e profissionais de saúde no que concerne ao tratamento, à prevenção, e à pesquisa científica. (BROWN; ZAVESTOSKI, 2004; RAPP; HEATH; TAUSSIG, 2001)

Em pesquisa bibliográfica sobre o envolvimento de cientistas e grupos de pacientes, Panofsky (2011) elencou alguns mecanismos que explicam o interesse pela pesquisa científica, bem como as parcerias e os vínculos colaborativos entre cientistas e associações de doenças raras. Um dos mecanismos que atuam nesse sentido é nomeado pelo autor como “mobilização coletiva e formação de uma identidade em comum”: uma das análises mais frequentes na literatura sobre o grupo de pacientes com doenças genéticas

refere-se à emergência das novas identidades, novos coletivos e novas formas de ação política,¹ mostrando como esses coletivos têm atuado junto às esferas públicas e privadas em prol do tratamento de suas condições de saúde. Também ao longo das últimas décadas estudos apontam para uma onda de ações conduzidas em torno de saúde, caracterizados por Landzelius (2006) como “políticas da vitalidade” – um amplo rótulo destinado a capturar atividades de disputa em torno da questão da saúde. Segundo ele, tais disputas são geralmente encenadas e influenciadas pelas esferas dos fatos tecnocientíficos; da reestruturação dos sistemas de saúde das nações industrializadas; da revisão do “contrato” entre a ciência e o público; e, por último, por um aumento e uma maior diversificação dos ativismos orientados para saúde. Entre os múltiplos e abrangentes efeitos das políticas da vitalidade, encontram-se os desafios impostos aos modos convencionais de mediação e gestão dos corpos e das patologias, das identidades e moralidades, das subjetividades e das agências. (LANDZELIUS, 2006)

Veremos a seguir, como conceitos tais como biossociabilidade e cidadania biológica se inserem em estudos que abordam a temática do associativismo entre pacientes, para então proceder com a análise da etnografia realizada sob à luz de tais noções.

SOBRE BIOSOCIABILIDADES

Sem a intenção de resumir em dois únicos conceitos a gama de possibilidades analíticas utilizadas por estudiosos do tema, percebe-se a recorrência de uma referência analítica bastante relevante em estudos sobre associativismo em saúde: a noção de “biossociabilidade”, termo utilizado pela primeira vez por Rabinow (1999), e que se popularizou bastante entre os estudos que refletem a apreensão

1 Sobre esse tema, ver também: Heath, Rapp e Taussig (2004), Rabinow (1999), Rapp, Heath e Taussig (2001), Rose (2007), Rose e Novas (2005).

da biomedicina pela sociedade. Diretamente vinculado a este conceito, está a noção de “cidadania biológica/genética”, uma das várias formas pelas quais a cidadania tem sido vinculada ou articulada a termos biológicos.

De uma forma geral, Rabinow (1999) procurou examinar a formação de novas coletividades em termos de biossociabilidade. O conceito ancora-se na perspectiva de que é fundamental compreender como as tecnologias biológicas, e os avanços na genética interagem e influenciam as dinâmicas socioculturais. Rabinow destaca a força da genética no tecido social e seus efeitos futuros, observados com base nas práticas médicas e seus discursos, em que a nova genética se torna uma rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição em torno e através da qual surgirá um tipo verdadeiramente novo de autoprodução:

[...] haverá a formação de novas identidades e práticas individuais e grupais, surgidas destas novas verdades. Haverá grupos portadores de neurofibromatose que irão se encontrar para partilhar suas experiências, fazer *lobby* em torno de questões ligadas às suas doenças, educar seus filhos, refazer seus ambientes familiares etc. É isto que entendo por biossociabilidade. [...] Esses grupos terão especialistas médicos, laboratórios, histórias, tradições e uma forte intervenção dos agentes protetores para ajudá-los a experimentar, partilhar, intervir, e ‘entender’ seu destino. (RABINOW, 1999, p. 147)

Ainda, Rose (2011) destaca que Rabinow foi um dos primeiros a reconhecer que algo novo estava ocorrendo nas relações entre medicina e subjetividade. De acordo com este,

[...] a análise de Rabinow emergiu da observação que ele realizou, na França, na primeira metade dos anos 1990, acerca da mobilização dos pacientes, parentes e outros afetados por distrofias, reunidos na forma de organizações não governamentais — a Associação Francesa contra as Miopatias (AFM). Isto o levou a argumentar que novos tipos de identi-

dades individuais e de grupo— biossociabilidades — estavam surgindo a partir das novas técnicas de diagnóstico genético, monitoramento dos riscos e suscetibilidades. Tais grupos biológicos encontram-se para trocar experiências, para fazer pressão por recursos para pesquisas sobre ‘suas’ doenças, reconfigurando suas formas de vida à luz do novo conhecimento genético. Eles desenvolvem novas relações com especialistas médicos, clínicas e laboratórios. A auto-compreensão deles enquanto indivíduos e coletivos é reconfigurada na linguagem da medicina contemporânea. (ROSE, 2011, p. 18-19)

De acordo com Gibbon e Novas (2008), a principal razão para que antropólogos e sociólogos se sintam atraídos pelo conceito de biossociabilidade seja, talvez, o fato de que ele vem ajudando a pensar como as “verdades” emergentes que vem sendo produzidas sobre as pessoas nos mais diversos campos da genética acabam por moldar nossas identidades e nossas formas de ativismo. Essa abordagem analítica permite compreender como questões que são fruto de especialização e tecnicidade podem ser incorporadas por grupos no tecido social e de que maneira o conhecimento vindo do campo da biomedicina pode ser socializado.

Embora formas mais antigas de sociabilidade relacionada a doenças e práticas identitárias tenham existido no passado, e continuam até os dias atuais, a biossociabilidade, enquanto conceito, foi forjada para ajudar a pensar quais os tipos de socialidades poderiam surgir num momento em que o entendimento sobre o que é uma doença, e quais as formas de agir sobre ela estariam sendo submetidos a um processo de mudança considerável. (RABINOW, 2008)

Ainda, conforme verificação de Gibbon e Novas (2008, p. 2), entre as ciências sociais,

[...] muita atenção tem sido dedicada a mapear até que ponto a reclassificação de muitas doenças como sendo de origem genética dá forma às práticas e identidades, tanto individuais como coletivas, ao explorar as implicações do conhecimento genético

sobre a forma como os indivíduos entendem-se ou relacionam-se com os outros, e como pessoas afetadas por doenças genéticas, quando organizadas em grupos, dão forma à produção de conhecimento sobre suas condições.

Ao escreverem sobre biossociabilidade, autores como Rose e Novas (2005) têm vinculado o conceito à cidadania. Para esses autores, por exemplo, tornar-se digno da cidadania biológica implica a biossociabilidade de indivíduos prudentes e ainda assim empreendedores, que otimizam suas vidas ativamente. A cidadania biológica, para esses autores, está na intersecção entre esforços mais ou menos autoritários e uma variedade de outros fluxos de informação e formas de intervenção. Dessa forma, ao desenvolverem o conceito de cidadania biológica, Rose e Novas entendem que ele engloba projetos de cidadania que ligam as concepções de cidadão às crenças na existência biológica dos seres humanos, enquanto indivíduos, famílias, comunidades, populações, espécie. E assim como outras dimensões da cidadania, a cidadania biológica estaria passando por uma transformação e se reterritorializando ao longo das dimensões locais, nacionais, e transnacionais. Nesse sentido, pode-se entender a cidadania biológica de forma individual e coletiva ao mesmo tempo.

Individual, pelo fato dos indivíduos moldarem a si mesmo nos termos do conhecimento de sua individualidade somática. Imagens, explicações, valores e juízos biológicos se enredam assim em um “regime do *self*” contemporâneo de ordem mais geral, tal *self*, por sua vez, compreendido como um indivíduo prudente e não obstante empreendedor, que dá ativamente forma ao curso de sua vida mediante atos de escolha. O lado coletivo da cidadania biológica tem relação com as coletividades que se formam em torno da concepção biológica de uma identidade compartilhada. Rose e Novas sugerem que tais comunidades biossociais são especificamente significantes pelo fato de que as formas de cidadania ali reunidas frequentemente envolvem saberes médicos e científicos sobre as condições de si.

Tais coletividades reúnem tipos de cidadanias que os autores denominaram como “biocidadania informacional” – envolve conhecimentos médico científicos sobre corpos –; “biocidadania de direitos” – relacionada a formas já usais de ativismo, como campanhas por acesso a tratamento, por exemplo –; e a “biocidadania digital” – quando as comunidades são ligadas via *websites* e listas de *e-mail*. Nesse sentido os autores entendem que a cidadania biológica acaba por criar novos espaços de disputa pública, novos objetos de contestação, novos fóruns de debates políticos, novas questões para a democracia, e novos estilos de ativismo. (ROSE; NOVAS, 2005, p. 441-442)

Com base na literatura mencionada acima, e em demais estudos entre grupos de pacientes, procura-se descrever a interação de uma associação de pacientes brasileira – Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose (ACAM-RJ) que trabalha com demandas relacionadas à fibrose cística² – com demais esferas da sociedade para,

2 A fibrose cística, ou mucoviscidose, é uma doença herdada geneticamente, complexa e sem cura. A doença caracteriza-se por uma extensa disfunção das glândulas exócrinas, a qual resulta em um vasto conjunto de manifestações e complicações. As complicações clínicas associadas com essas alterações incluem o desenvolvimento de bronquite crônica supurativa com destruição do parênquima pulmonar, insuficiência pancreática levando a má absorção e desnutrição, diabetes mellitus, doença hepática e comprometimento do sistema reprodutor. As complicações respiratórias são as principais causas de morbidade e mortalidade na Fibrose Cística. (SOARES, 2003, p. 9) O gene mutado é responsável pela alteração do transporte de íons através das membranas das células. Chamado de Regulador de Condutância Transmembranar de Fibrose Cística (CFTR), este gene intervém na produção de suor, dos sucos digestivos e dos mucos. Isso compromete o funcionamento das glândulas exócrinas que produzem substâncias (muco, suor ou enzimas pancreáticas) mais espessas e de difícil eliminação. Ver: <<http://unidospelavidafc.com.br/port/>>. Acesso em: 21 jan. 2012. O tratamento é permanente, indispensável, e acontece através da administração de medicamentos, alimentação hipercalórica (através de suplementos nutricionais) e fisioterapia respiratória diária. De acordo com estimativas realizadas pela Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose (ACAM-RJ) o alto custo que envolve o tratamento apresenta-se como mais um complicador, uma vez que o mesmo pode gerar um gasto mensal de até R\$ 10.000,00 (esse orçamento contempla valores de medicamentos, suplementos nutricionais, custo de internações, acesso a serviços laboratoriais

em seguida, refletir sobre as possíveis formas de associativismo que podem ser pensadas no cenário apresentado.

SOBRE A ACAM-RJ

Em setembro de 2012 conhecemos o trabalho da ACAM-RJ através de pesquisa de campo realizada durante aquele mês junto da associação.³ Meses antes, em maio, conhecemos Renata,⁴ a coordenadora geral do grupo, num encontro sobre a doença, realizado em Florianópolis.⁵ Lá combinamos uma visita.

Já em Florianópolis o trabalho da associação nos chamou a atenção. Diferente de outras associações de pacientes que têm como característica principal a atuação dos próprios familiares dos doentes, a ACAM-RJ se apresenta como uma associação “profissional”, sendo que as pessoas que nela atuam são, ao todo, 14 profissionais da área da assistência social, fisioterapia, nutrição, psicologia e administração. Com essa equipe multidisciplinar, a associação procura acompanhar os mais de 200 pacientes cadastrados nessa organização, e gerenciar parcerias com institutos de referência no tratamento à doença, com empresas privadas e o Estado.

e profissionais – como fisioterapeutas e nutricionistas, por exemplo). Ver: <<http://www.acamrj.org.br/wp/wp-content/uploads/2010/03/Pesquisa-Quem-Somos-Final.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

3 Os dados aqui mencionados são resultados de trabalho de campo realizado por Roberta Grudzinski durante o segundo ano de mestrado.

4 Os nomes aqui citados foram alterados.

5 Tal encontro aconteceu durante o IV Congresso Brasileiro de Fibrose Cística, nos dias 2 e 5 de maio de 2012, e serviu para que os grupos apresentasse seu trabalho junto à comunidade, e relatasse os limites, as tensões, e o desenvolvimento da organização desde sua criação, assim como também serviu de caráter informativo para familiares de pacientes com o problema de saúde.

Interessante notar como se deu o início da associação. Em 1989 uma médica pneumologista do Instituto Fernandes Figueira (IFF), um dos centros de referência no tratamento da fibrose cística⁶, resolveu realizar reuniões com pais e familiares de seus pacientes com a intenção de elucidar algumas dúvidas comuns entre os pais, assim como fazer com que as famílias trocassem experiências sobre o tratamento de seus filhos. Tal história nos foi relatada por alguns dos funcionários da associação, e por uma das mães que participou das primeiras reuniões do grupo, no início dos anos 1990. Segundo a mãe que conversou conosco, “*os pais ficavam lá, falando sobre a doença*”. A impressão gerada a partir do relato dela, e dos outros funcionários é a de que enquanto gerenciada pelos familiares, a associação não tinha uma atuação relevante na atenção às demandas dos pacientes. No entanto, o momento “divisor de águas” na história da associação se dá em 2005, quando o atual presidente do grupo resolve modificar a estrutura da associação, contratando Renata como coordenadora geral da associação, e junto com ela, mudando o grupo da sala reservada a eles no IFF para uma sala alugada no centro da cidade. “*Antes o trabalho da associação era meramente assistencialista*”, explica Renata, ao descrever o grupo antes da chegada dela. Após sua contratação, a estrutura da associação mudou, e, até o momento da elaboração desse trabalho, a sede contava com 14 funcionárias. Pode-se dizer assim que antes, o que era uma associação de familiares e pacientes de fibrose cística, é hoje uma associação para familiares e pacientes com fibrose cística.

Ao longo dos últimos anos, esse novo grupo acabou por constituir uma rede extremamente eficaz entre setores do Estado e município, como a Secretária de Saúde, e os Centros de Referência

6 No Brasil há 32 centros de referência. No Rio de Janeiro há três centros: o Instituto Fernandes Figueira, o Hospital Universitário Pedro Ernesto e o Hospital dos Servidores do Estado. Dados disponíveis em: <<http://www.abram.org.br/centros-de-tratamento>>. Acesso em: 17 ago. 2012. <http://www.acamrj.org.br/wp/?page_id=16>. Acesso em: 30 set. 2012.

no tratamento da fibrose cística; da sociedade, através de programas que envolvam doações de bens como alimentos e material escolar; e das instituições privadas, como laboratórios farmacêuticos e empresas de outros ramos.

“TEM ALGUMA COISA PARA A ACAM?”

A associação conquistou tamanha visibilidade que atualmente acaba por centralizar todas as demandas vindas não só dos pacientes, como também dos profissionais de saúde que trabalham nos Centros de Referência. Toda a interação entre familiares de pacientes e profissionais de saúde recebe a intermediação da associação. Abaixo escolhemos um excerto de um dos diários de campo que exemplifica tal afirmação.

Encontrei-me com Joaquina às 8h45min na estação de metrô do Flamengo. De lá, fomos a pé até o Instituto Fernandes Figueira (IFF), um dos Centros de Referência para pacientes com Fibrose Cística. [...]. Chegamos em uns 20 minutos no IFF. Joaquina saca seu jaleco branco de dentro da bolsa, e fala que a visita vai ser bem corrida, e que não poderá me explicar tudo o que está acontecendo, por isso eu devo perguntar para ela, caso eu não entenda o que estaremos fazendo. [...]. O primeiro ponto em que paramos é a farmácia que fica dentro do hospital. Os pacientes que são atendidos no IFF, e que solicitam o remédio ao Estado através de processo administrativo recebem seus medicamentos lá. Joaquina estava lá para conversar com Silvana, farmacêutica responsável por dispensar os medicamentos aos pacientes com Fibrose Cística.⁷ As duas conversaram bastante numa sala bem pequena, com estantes

7 Os medicamentos necessários ao tratamento da Fibrose Cística que constam na lista de medicamentos do Sistema Única de Saúde (SUS) até o momento da pesquisa eram: Seretide, Aerolin, Berotec, Atrovent (broncodilatadores); Ciprofloxacina, Colomycin, Tobi (antibióticos); Pulmozyme (mucolítico);

cheias de medicamentos. Com um papel e caneta em mãos, Joaquina anotou o nome dos pacientes que não vieram pegar os medicamentos naquele mês. Silvana estava em dúvida sobre dois pacientes com o mesmo nome. Um deles não havia aparecido para receber o medicamento e ou outro havia. Silvana só não tinha certeza de quem era quem. Conversando com Joaquina, as duas resolveram a questão. Joaquina também queria saber o que estava acontecendo com um paciente que havia dito à equipe não estar usando determinado medicamento porque a farmácia estava em falta. Examinando diversos documentos, em inúmeras pastas as duas descobriram o formulário desse paciente incompleto. Silvana também informou Joaquina que um outro paciente precisava de certo medicamento, mas não havia ainda pegado a prescrição com a médica do Centro, portanto o processo administrativo estava incompleto. [...] Joaquina anotou o nome do paciente e falou que iria resolver a questão. Antes de sair, ela pergunta se Silvana tinha ‘alguma coisa para a ACAM-RJ’. [...]. De lá seguimos por um corredor, e chegamos a um local onde aconteciam as consultas de pneumologia. Joaquina diz que tem de conversar com a pneumologista, mas não a encontramos em sua sala. Nas cadeiras do lado de fora da sala de atendimento, estava um casal de pais, com seu filho, correndo e brincando muito (havia uma mesinha para crianças ali perto, como papéis, lápis de cor, e brinquedos). Joaquina abraça a mãe, pergunta como está. Esta lhe apresenta seu marido, que, bastante tímido, lhe cumprimenta. Eles estão ali para a consulta de Jaime (o menino deve ter uns sete ou oito anos de idade). Joaquina tenta beijar Jaime, mas este não lhe dá muita bola. Ela explica que está ali para conversar com a Dra. Marlene, mas não a encontrou ainda. A mãe diz que está faltando ao trabalho para levar o filho à consulta. [...] De repente Joaquina vê, do outro lado do saguão, uma moça sentada com um bebê no colo, e com o filho (que deve ter uns dez anos) ao lado. Joaquina olha para ela espantada e murmura ‘mas o que você está fazendo

Azitromicina (anti-inflamatório). Informações retiradas do Controle Anual de Atividades da ACAM-RJ, de 2011, cedido pela associação. (N.A.).

aqui?’. Vamos até ela. Joaquina a cumprimenta e pergunta o que aconteceu. A moça, Claudiomara, comenta que sua filha – o bebê – estava tossindo há dias, e preocupada, resolveu trazê-la ao hospital para consultar. Joaquina, de maneira muito amistosa, dá uma bronca na moça. ‘E o que ele está fazendo aqui?’, se referindo ao menino, Pedro. Aquele dia da semana (quinta-feira) é reservado a pacientes colonizados por um bactéria ‘x’ (caso de Jaime), mas Pedro é colonizado por outra bactéria. Claudiomara comenta que não tinha com quem deixar Pedro, e teve de trazê-lo junto. ‘Você sabe que as crianças não podem ficar no mesmo espaço...’, fala Joaquina. ‘Ah, mas ele tá quieto aqui comigo’, diz a mãe. ‘Você já viu quem está ali?’, pergunta Joaquina, se referindo a Jaime, que corria pelo saguão. Claudiomara somente olha para Joaquina como quem diz: ‘que posso fazer?’. Agora Joaquina pergunta pela neném: ‘já fez o teste?’. ‘Não’, responde Claudiomara, ‘não precisa, o pai não é o mesmo’. Joaquina faz um sinal negativo com a cabeça, ‘não interessa, tem que fazer, mesmo que o pai seja outro... óh ela está tossindo, pode ser sinal...’. [...] Seguimos caminhando em direção à ala dos pacientes internados. ... Chegamos ao setor da internação, num andar superior do serviço de atendimento onde estávamos. [...] A primeira pessoa com quem Joaquina falou foi com Melissa, a mãe de Francine (que aparenta ter uns oito anos). Parecia que Francine estava bem. Joaquina notou isso e comentou. Melissa falou que achava que a menina receberia alta naquele dia mesmo. Joaquina perguntou se elas precisavam alguma coisa por parte da ACAM-RJ, mas elas disseram que não. Há menos de três metros dali, na mesma sala, havia um grupo de médicos e médicas discutindo o caso de uma das crianças internadas. Um deles parecia estar bem exaltado. Joaquina tentou se aproximar, e logo voltou para minha direção. Disse que estavam discutindo sobre o caso de Julia, uma paciente que estava internada. [...] A segunda paciente que está internada é Carolina (que deve ter onze anos). Carolina estava sentada na maca, ao lado de sua avó, Rosa. Rosa é muito simpática com Joaquina. As duas se abraçam e conversam um pouco. Carolina também fica muito feliz em ver Joaquina – que pede um beijo na boche-

cha. A menina diz que vai embora logo, porque já está bem melhor. A avó não sabe quando a menina terá alta. Noto que na maca há uma série de revistas e material de pintura. Joaquina pergunta para Rosa se as professoras de Carolina sabem da internação. Ela diz que sim. Daí Joaquina pergunta se a família precisa que a ACAM-RJ busque na escola os conteúdos, e o tema de aula. Rosa diz que já tem alguém trazendo os temas para a menina. Joaquina se despede das duas. [...] Vamos para a maca ao lado. Lá vejo uma neném muito linda e sorridente, Julia, sentada no colo de seu pai, Anderson. Anderson é bem jovem. Não deve ter trinta anos. E Julia devia estar próxima de um ano de idade. Uma enfermeira estava com eles, acrescentando dados ao prontuário da menina. É sobre o caso de Julia que os médicos ainda discutiam. Joaquina enche Julia de beijos. Pelo que entendi, é a primeira vez que Joaquina via Alexandre. Os dois se apresentaram. Joaquina estava preocupada com a internação de Julia (parece que ela estava ali há várias semanas). Alexandre não sabia quando a menina sairia, mas estava cheio de esperanças, pois Julia não estava mais abatida. [...] Joaquina diz a ele que iria conversar com Dra. Marlene e verificar o que a equipe decidiu. Tudo o que foi conversado entre Joaquina, os pacientes e seus responsáveis foi anotado por ela na folha de papel que carregava. Saímos do setor da internação e voltamos para o saguão onde se realizam as consultas (onde estávamos antes). Joaquina entra numa sala onde estão a gastroenterologista e outra profissional (acho que a nutricionista). Ela pergunta se elas desejam solicitar alguma coisa para ACAM, e as duas respondem que não. Saímos da sala. Agora pergunto o que devemos fazer, pois Joaquina, pela primeira vez, fica parada pensando. Ela diz que está procurando a secretária do serviço. Quando a avista, pede a ela que lhe consiga a agenda das consultas. A secretária abre a porta de um dos consultórios, e diz que podemos esperar ali. Em seguida ela aparece com um caderno grande, de capa dura. Ali estão marcadas todas as consultas dos pacientes fibrocísticos cadastrados naquele Centro, naquele ano. [...] Joana começa a folhar a partir do início do mês. Para cada dia, há uma lista de pacientes com os horários de atendimento ao lado de cada

nome. Todos que tem um 'X' vermelho ao lado do nome são os pacientes que faltaram. Tudo é escrito a mão. Quando Joaquina não entendia algum nome, tinha de perguntar à secretária, que ficou ao nosso lado, conferindo as datas. Joaquina anotou os nomes de todos os pacientes que haviam faltado naquele mês. Ela também anotou os nomes de pacientes e horários de consultas marcadas para o próximo mês. Perguntei o que ela faria com aqueles dados. Ela disse que iria ligar para todos os pacientes que faltaram para saber o motivo. Caso houvesse algum paciente que faltou mais de uma vez, ela discutiria junto com a equipe a necessidade ou não de realizar uma visita para verificar o que estaria acontecendo, e assim trabalhar a questão com a família do paciente. Com relação às consultas que acontecerão no próximo mês, ela as anota para também ligar para os pacientes lembrando do compromisso. Seria algo como um reforço sobre a importância de não faltar às consultas. A ideia de fazer a ligação lembrando da consulta ocorreu na equipe também porque, segundo Joaquina, muitos pais acabam confundindo o tipo de bactéria que colonizou o pulmão de seu filho, e acabam indo para as consultas nos dias marcados para os pacientes com outra bactéria. É mais ou menos assim: terça-feira acontecem atendimentos aos pacientes com bactéria 'x', quarta-feira aos pacientes com bactéria 'y', e quinta-feira aos pacientes com bactéria 'z'. Essa organização é feita para que não haja infecção cruzada (quando um paciente acaba sendo colonizado por mais de um tipo de bactéria). O que acontece é que muitos pacientes às vezes mudam de bactéria (se livram da 'x' e adquirem a 'y', por exemplo), e por isso, seu dia de consulta no Centro de Referência muda também. Joaquina diz que isso confunde alguns pais, e que por isso a equipe da associação sempre liga, dias antes da consulta acontecer, para lembrar a família do dia correto. Joaquina comenta que algumas famílias acabam achando que é a própria associação que marca a consulta nos Centros de Referência, e que, às vezes, algumas famílias ligam para a ACAM-RJ pedindo a eles para marcar, cancelar, e remarcar consultas. Joaquina continua anotando os nomes enquanto conversamos. Da sala ao lado Jaime sai, chorando. Atrás dele sai sua mãe e a Dra.

Marlene. Ela entra na sala em que estamos, cumprimenta Joaquina, e a mim. Ela fala que Jaime saiu chorando porque a equipe decidiu interná-lo. Joaquina aproveita e pergunta pelo caso de Julia. Dra. Marlene diz, com um ar de pesar, “não tem o que fazer”, que acharam um fungo no exame que fizeram, e ela precisa permanecer internada. A seguir falaram de outro paciente, Jardel. Dra. Marlene pediu que ele continue cadastrado na ACAM-RJ, mesmo que o teste do suor que realizou não tenha sido positivo, pois ele possui todos os sintomas clínicos da doença. As duas começam a falar sobre aspectos técnicos do teste. Não consegui compreender praticamente nada, e me surpreendi muito com o conhecimento de Joaquina sobre os aspectos clínicos da doença. Se eu não soubesse que ela tem formação em Serviço Social, diria que ela e Dra. Marlene eram colegas. As duas param de conversar quando toca o celular da médica. Joaquina acaba de anotar os últimos nomes, e começa a se despedir da equipe médica, que agora se encontra reunida dentro da sala ao lado. Estão todos se preparando para o almoço. Saímos do IFF e nos encaminhamos para a parada. (Diário de campo. Rio de Janeiro, 13 set. 2012)

Como visto, durante uma manhã inteira acompanhamos Joaquina, uma das assistentes sociais da associação, que estava encarregada naquele dia de visitar um dos Centros de Referência. Sua tarefa era a de conversar com os médicos do local, visitar os pacientes internados, e verificar a dispensação de medicamentos na farmácia. É interessante o fato de por todo o lugar em que passava, Joaquina perguntava “*tem alguma coisa para a Acam?*”. A intenção era a de receber qualquer informação sobre os pacientes: a falta a consultas, diagnósticos ainda por investigação, verificação de quem buscou o medicamento do mês, nome de pacientes que provavelmente serão internados, nome e endereço de pacientes ainda não cadastrados. Esses dados, como se viu, eram todos anotados pela profissional, que mais tarde faria um relatório por escrito da visita, e passaria para o resto da equipe da associação. Tal iniciativa reflete o esforço de

controlar a rotina terapêutica do paciente, já que o passo seguinte à visita aos centros é o de ligar para cada paciente para, entre outras coisas, lembrá-lo de sua próxima consulta, perguntar por que vem faltando às consultas ou porque não pegou o medicamento do mês. Quando os casos são considerados problemáticos pela equipe, uma funcionária da associação é escalada para fazer visitas ao paciente para “conscientizá-lo do tratamento”. Todas essas ações recebem o apoio dos profissionais de saúde do Centro que, inclusive, procuram pela equipe quase sempre que há um novo paciente diagnosticado, para que o grupo possa entrar em contato, explicar à família detalhes sobre a doença e tratamento, e, por fim, realizar seu cadastro.

As ações da associação que visam os pacientes ocorrem em duas esferas: uma aborda o próprio paciente e seus familiares, seu entendimento e comprometimento com a adesão ao tratamento, e a outra tem enfoque na manutenção dos deveres do Estado para com o paciente fibrocístico.

As ações realizadas junto aos pacientes foram descritas pelas funcionárias como “*promoção da cidadania e educação em saúde*”, visando, principalmente a compreensão e aderência ao tratamento. Renata diz que as “*famílias têm que entender a importância do tratamento*”. Por isso o grupo organiza “*visitas sistemáticas*” a todos os mais 200 pacientes cadastrados na associação, e cobra deles e de seus familiares o comparecimento em todas as reuniões realizadas pelo grupo, assim como a presença nas consultas nos Centros de Referência, e a realização do tratamento. Há inclusive uma recomendação de que o familiar do paciente justifique sua ausência na consulta ou na reunião, sob pena de ter cortados os benefícios oferecidos pela associação. Durante as visitas sistemáticas, as funcionárias explicam e verificam como o paciente procede durante a realização do tratamento, que envolve sessões diárias e demoradas de nebulizações e exercícios fisioterápicos. Além disso, verificam outros aspectos da vida do paciente, como estudos, atividades sociais, alimentação, e por fim, se recebem algum benefício do gover-

no, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), e o transporte gratuito às consultas nos Centros de Referência. Caso a funcionária da associação perceba alguma necessidade do paciente ou da família, a ACAM-RJ geralmente se encarrega de solucionar a questão. Por exemplo, na segunda semana de visita à associação vimos a recepção ficar abarrotada de cestas básicas, todas doadas pelos “Amigos da Acam”,⁸ e destinadas às famílias de pacientes que têm necessidades financeiras. As assistentes sociais também se encarregam de garantir o BPC, assim como o transporte gratuito para os Centros de Referência.

É interessante o fato de que, embora um dos objetivos do grupo seja a promoção da cidadania, as funcionárias terem de realizar todos os serviços burocráticos que garantam os benefícios do paciente. A “*deficiência de educação política*” é uma das explicações que Renata dá diante da falta de “ativismo” dos pacientes e de seus familiares. Ela e os demais funcionários manifestam essa frustração: “*como pode existir uma associação de pacientes onde não temos pacientes ativistas?! Que não lutem por políticas públicas!?*”.

O que se percebe aqui é que devido aos contextos sociais, e históricos, essa rede que se constituiu a partir da ACAM-RJ acabou por produzir um tipo de associado diferente daquele que é eminentemente autônomo, prudente e empreendedor. Ao invés disso, o que fica evidente é a promoção de um tipo de associado que, juntamente com sua família, “tem que participar”: tem que ir às reuniões promovidas pela associação; às consultas marcadas nos hospitais; à farmácia, retirar os medicamentos; à associação retirar as cestas básicas e os suplementos alimentares etc. É como se, neste cenário, a participação precisasse ser produzida pela própria associação.

8 Nome do projeto destinado a suprir necessidades básicas dos pacientes e seus familiares, como alimentação e material escolar, por exemplo. Tal projeto é composto por voluntários que contribuem mensalmente, em dinheiro ou em espécie.

O Estado figura como um dos alvos diários de ações da associação, seja na Defensoria Pública — através de ações por medicamentos, ou equipamentos auxiliares no tratamento —, seja na Secretaria Estadual de Saúde, através das demandas pela implementação da terceira fase da triagem neonatal, e mais recentemente na Secretaria Municipal de Saúde, através de negociações que resultaram na concessão de uma médica pneumologista, que está disponível todas as sextas-feiras nas reuniões da associação para resolver questões acerca de diagnósticos e internações.⁹

Durante o encontro em Florianópolis, Renata mencionou que o Estado seria um “*parceiro*” da associação. Contudo, ela prossegue: “*o Estado é um parceiro que, ‘às vezes falta’ com seus deveres, sendo por isso necessária a existência de um grupo, uma ‘ONG’ que cuide dos ‘direitos’ e da ‘promoção de cidadania’ dos pacientes.* Em conclusão ela descreve a atuação de seu grupo como “*um complemento ao trabalho do Estado*”.

REFLEXÕES FINAIS: “A NOSSA BATALHA NÃO É PROCURAR A CURA, E SIM FAZER O GOVERNO TRABALHAR”

Descrever situações onde a biotecnologia (pelo menos por enquanto) não remoldou o biológico ou o social da mesma forma que aconteceu na Europa e na América do Norte, é uma oportunidade de estabelecer a relevância de certos conceitos analíticos num lugar e num espaço em particular. (ROBERTS, 2008, p. 80) Novas e Rose (2005) entendem que não é devido aos novos desenvolvimentos da biomedicina que grupos começaram a se formar em torno da concepção de uma identidade compartilhada.

9 Tais reuniões são realizadas com a intenção de relatar as visitas feitas aos Centros de Referência. Cada funcionário elege um “caso” que considera mais preocupante, e, junto com o grupo, a médica discute as questões ligadas ao tratamento médico.

Contudo, como visto acima, a novidade que esses autores apontam é para o fato de haver um intenso conhecimento médico-científico dessas pessoas sobre seus corpos. Fato que não percebemos, ou que (ainda) não é imperativo entre os objetivos da associação de pacientes estudada, uma vez que entre os profissionais da associação existe o esforço em garantir assistência às necessidades básicas para que os pacientes tenham condições de aderir ao tratamento, e que o Estado do Rio de Janeiro cumpra com as versões estaduais das leis federais, as quais obrigam, por um lado, a realização dos testes para diagnóstico e, por outro, a oferta do amplo leque de medicamentos utilizados no combate aos sintomas da doença. Isso ficou evidente quando Renata, no nosso penúltimo dia de trabalho de campo, mostrou um vídeo onde uma cantora canadense faz campanha para a Cistic Fibrosis Canada (CFC), uma fundação Canadense criada por amigos e familiares para a pesquisa sobre a cura e tratamento da Fibrose Cística.¹⁰ Comentei com ela sobre o alto investimento em pesquisa clínica que associações de pacientes norte-americanas e europeias fazem. Naquele momento ela foi direta: “*a nossa batalha não é procurar a cura, é sim fazer o Governo trabalhar!*”.

Finalizamos assim atentando para o fato de que as práticas da ACAM-RJ permitem tensionar e repensar o conceito de “biossociabilidade” e de “cidadania biológica” a partir das relações constituídas entre os pacientes e demais agentes da rede, uma vez que o grupo conquistou reconhecimento e legitimidade para realizar os projetos e intervenções que consideram necessários para que seu objetivo central – a adesão ao tratamento – seja realizado. Devido às

10 Site da instituição disponível: <<http://www.cysticfibrosis.ca/en/aboutUs/index.php>>. Acesso em: 12 abr. 2013. Há inúmeros vídeos na internet com testemunhos e mensagens de apoio da cantora Celine Dion à referida fundação. A cantora começou a realizar campanhas para a instituição há muitos anos, desde que descobriu que sua sobrinha era afetada pelo problema de saúde. Durante essa conversa Renata me relatou o esforço que a equipe estava fazendo em descobrir se algum artista brasileiro teria interesse em ser “garoto-propaganda” da associação, para assim dar maior visibilidade à doença na mídia.

contingências locais e históricas, a composição de parceria para pesquisas sobre tratamento e cura da Fibrose Cística não se estabelece enquanto prioridade, mas sim como uma etapa a ser realizada a partir do momento em que todos os pacientes sejam autônomos, e tenham acesso pleno ao tratamento. A conquista da adesão não está apenas relacionada à dispensação de medicamentos, e acesso às novidades tecnológicas somente, mas também com transporte para os Centros de Referência, com benefícios diversos do Governo, com a aquisição de aparelhos essenciais para a qualidade de vida etc., e, enfim, com o reconhecimento, por parte da sociedade, da fibrose cística enquanto um problema de saúde pública. A adesão envolve, portanto, a conquista de cidadania, da formulação de políticas de saúde, e a “*garantia da efetivação das políticas de saúde já existentes*”, como disse Renata.

Há, portanto, diversos aspectos nas práticas dessa associação que divergem das práticas descritas em trabalhos nos quais o papel das comunidades biossociais costuma ser o de incentivar a autonomia de seus membros no que concerne à formulação de demandas e busca por tratamento. Em virtude de um fraco nível de associativismo por parte dos próprios pacientes e familiares (em comparação aos estudos mencionados nesse trabalho com referência a outros contextos internacionais) esboçado entre as frustrações das funcionárias da associação, as práticas promovidas pela ACAM-RJ acabam muito mais por mediar a relação do paciente com o Estado, e demais instituições, posto que é a associação que “faz o governo trabalhar”. Dessa forma, entendemos que devido aos contextos sociais e históricos, essa rede que se constituiu a partir da ACAM-RJ acabou por produzir um tipo de associado diferente daquele que é eminentemente autônomo, prudente e empreendedor. É como se, neste cenário, a participação não fosse prontamente reivindicada pelos pacientes e familiares, mas precisasse ser produzida ou fomentada pela própria instituição associativa.

Ao interrogar as noções de biossociabilidade e cidadania biológica, esse trabalho procurou compreender seu alcance para a análise de formas de coletividades que se reúnem em torno de uma identidade biológica compartilhada, levando em consideração as especificidades locais e históricas de uma associação como a ACAM-RJ. A proposta foi a de considerar se esses conceitos podem ser importantes, teórico e empiricamente, no exame das sociabilidades que estão sendo constituídas através de uma variedade de agentes e instituições que se interconectam na rede constituída pela ACAM-RJ.

Ao trazer à tona, elementos que ajudam a explicitar este processo que evidencia os limites, peculiaridades e eficácias particulares de uma associação de pacientes, buscou-se por em relevo os usos, limites e tensões que certas ferramentas analíticas podem servir para pensar um dado contexto específico e contribuir, de alguma forma, para o entendimento da produção de relações de sociabilidade e cidadania no enfrentamento de desafios associados à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- BROWN, P.; ZAVESTOSKI, S. Social Movements in Health: an Introduction. *Sociology of Health & Illness*, Boston, v. 6, n. 26, p. 679-694, Set. 2004.
- FREITAS, L. M. C.; GUARINO, R. C.; CUNHA, S. M. “Quem Somos”: um olhar sobre as condições de vida e tratamento dos portadores de Fibrose Cística do Estado do Rio de Janeiro. *ACMRJ*, Rio de Janeiro, Jun. 2007. Disponível em: <www.acamrj.org.br>. Acesso em: 2014.
- GIBBON, S.; NOVAS, C. Introduction: biosocialities, genetics and the social sciences. In: GIBBON, S.; NOVAS, C. (Org.). *Biosocialities, genetics and the social sciences: making biologies and identities*. London: Routledge, 2008. p. 1-18.
- HEATH, D.; RAPP, R.; TAUSSIG, K. Genetic Citizenship. In: NUGENT, D.; VINCENT, J. (Org.). *A companion to the anthropology of politics*. Malden: Blackwell Publishing, 2004. p. 152-167.

LANDZELIUS, K. Editorial. *Social Science & Medicine*. [S.l.], n. 62, v. 3, p. 668-682, 2006.

LINDEE, M. S. *Moments of truth in Genetic Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005.

PANOFISKY, A. Generating sociability to drive science: patient advocacy organizations and genetics research. *Social Studies of Science*, London, v. 41, n. 1, p. 31-57, 2011.

RABINOW, P. Afterword: concept work. In: GIBBON, S.; NOVAS, C. (Org.). *Biosocialities, genetics and the social sciences: making biologies and identities*. London: Routledge, 2008. p. 188-192.

RABINOW, P. Artificialidade e Iluminismo. In: BIEHL, J. G. (Org.). *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 135-158.

RABEHARISOA, V. From Representation to mediation: the shaping of collective mobilization on muscular dystrophy in France. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 62, n. 3, p. 564-76, 2006.

RABEHARISOA, V.; CALLON, M.; DEMONTY, B. Les associations de malades et la recherche. I. Des self-help groups aux associations de malades. *Médecine/Sciences*, Montrouge, v. 16, n. 8/9, p. 945-949, 2000.

RABEHARISOA, V.; CALLON, M. The involvements of patients' associations in research. *International Social Science Journal*, Paris, n. 171, p. 57-65, Mar. 2002.

RAPP, R.; HEATH, D.; TAUSSIG, K. Genealogical Dis-Ease: where hereditary abnormality, biomedical explanation, and family responsibility meet. In: FRANKLIN, S.; MCKINNON, S. (Org.). *Relative Values: reconfiguring kinship studies*. Durham: Duke University Press, 2001. p. 384-409.

ROBERTS, E. Biology, sociality and reproductive modernity in Ecuadorian in-vitro fertilization: the particulars of a place. In: GIBBON, S.; NOVAS, C. (Org.). *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. Routledge, 2008. p. 79-97.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: RIBEIRO, P. R. C.; SANTOS, L. H. S. (Org.). *Corpo, gênero e*

sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande: FURG, 2011. p. 13-31.

ROSE, N. *The politics of life itself*: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSE, N.; NOVAS, C. Biological Citizenship. In: ONG, A.; COLLIER, S. (Org.). *Global assemblages*: technology, politics, and ethics as anthropological problems. Oxford: Blackwell, 2005. p. 439-463.

SOARES, O. O. J. *Fibrose cística*. 2003. 26 f. Monografia (Graduação em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

O que pode uma ontologia demente: vitalizando materiais produtores de humanos em uma etnografia sobre a doença de Alzheimer.¹

Luciano von der Goltz Vianna

Pretendo nesse artigo homologar algumas ontologias (de médicos, cientistas e de cuidadores de pessoas com demência) na tentativa de estabelecer uma simetrização que permita compreender como ocorrem as socialidades entre as mesmas e uma ontologia demente.² Para esboçar os mecanismos da produção de outro conceito de ética (que parece ser um resíduo dessas socialidades) irei deslocar algumas linhas de pensamento do antropólogo Tim Ingold. Minha intenção

1 O presente artigo parte de questões contidas em minha dissertação de mestrado (defendido no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)) intitulada Fragmentos de pessoa e a vida em demência: etnografia dos processos demenciais em torno da doença de Alzheimer (VIANNA, 2013), sobre as reações possíveis da Antropologia à inclusão de um demente no trabalho de campo.

2 Não pretendo aqui descrever “o que é” essa ontologia, já que viso considerar que a mesma não é mais um mundo exótico e distante por meio do qual eu venho falar sobre ou ao lado de. Penso que, por hora, o fato de usar o conceito filosófico “ontologia”, para tentar “enclausurar” em uma palavra o que a pessoa com demência faz ou percebe no mundo, já é um problema por si a ser resolvido. No entanto, nesse artigo não pretendo dar soluções para esse impasse conceitual.

é exercitar a maleabilidade que há em sua proposta de trazer os “materiais” de volta para a vida por entre os mundos de meu trabalho de campo. Minha questão central é repensar a noção de pessoa no seu contraste com os agentes de uma demência. Essa questão surgiu quando produzi um problema paralelo às questões mais convencionais sobre a Doença de Alzheimer (DA)³ o que ela interroga, por suas próprias potencialidades, sobre o conceito de humano?

A DA será tratada aqui de forma simétrica, ou seja, será considerada tanto como um fenômeno social quanto um fenômeno orgânico/biológico. Ela encontra-se na condição de “quase-objeto/quase-sujeito” (LATOURET, 1994) e na posição de equivalência em relação aos dois polos natureza/cultura. Entendendo que a DA não é uma natureza que tudo ou nada explica, irei perspectivá-la sobre um plano entrecruzado de processos e dinâmicas de materiais e forças/potências. Para isso, é preciso antes considerar que pessoas com DA passam por processos de “diferenciação”. Em minha etnografia percebi que esses processos conjugam um desmantelamento gradativo e lento da noção ocidental e física do “eu”, assim como multiplicam uma produção intensiva de diferença ontológica na mescla de mente e mundo. (BATESON, 2000) Nesse sentido, algumas questões de fundo começam a mostrar-se como um problema “antropológico”: se o que temos dado pelo conceito de “humano” ancora-se sobre o conceito de “consciência” (ou um estado de autopercepção de suas relações consigo e com o mundo), uma pessoa que não estabelece mais relações facilmente cognoscíveis entre humanos (homologando aqui a suposição de que existiria uma suposta divisão ontológica “nós” lúcidos, ou conscientes, e os “outros” inconscientes ou dementes) estaria participando de quais outras relações ou relationalidades? A resposta para essa pergunta pode também se produzir pela etnografia apenas no instante em que essa relacionalidade

3 Sigla usada internacionalmente referente à patologia descoberta e estudada pelo cientista alemão que a descobriu, Alois Alzheimer. (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006)

torna-se operante, por associação e correlação sem mediações, com uma extensão dos materiais humanos. Para dar possibilidade operante a essa extensão precisaríamos produzir um “perspectivismo” que estivesse tecendo linhas entre nossa ontologia-lúcida, pela via de sua “potência maior”, ou as “leis” da lógica e da racionalidade, às ontologias-outras. Para isso é preciso repensar o estatuto normatizador da produção de conceitos nas ciências que definem a lógica e a racionalidade, sob os atributos e sentidos dessa ontologia demente. Minha questão central, portanto é: essa passagem entre essas duas ontologias pode ser mediada pela etnografia?

Buscando a diferenciação de uma antropologia que refletisse sobre a(s) cultura(as), sem mostrar que a mesma reflexão também é uma forma da “cultura”, o que meu trabalho está visando compreender é quais são os problemas enfrentados pelo conceito de humano na relação com um mundo em fluxo demencial; ou o que pode o “mundo” do doente de Alzheimer diante das pessoas “conscientes” e “inteligentes”. Através de relatos de cuidadores e médicos e da descrição de suas técnicas e práticas utilizadas no cuidado e tratamento da DA, uma estética desse “mundo” ficou em suspensão em meu trabalho. O mundo/vida em demência multiplica-se sempre pela decorrência da subtração de sua unidade metafísica, a qual varia entre a racionalidade e o inconsciente. O mesmo mundo, que aqui não pode ser pensado enquanto um “privilégio” humano, pode ser descrito, vivido ou até observado por outro que não participa dele. Os métodos descritivos, como a observação participante, teriam de entender uma demência por oposição ao seu suposto antípoda: o mundo estável, perspicaz, inteligente, intencional e racional, ou o que socialmente se traduz por lucidez. Nesse sentido, a apreensão de um processo demencial na vida não é aqui uma relação direta e simpática com um topo humano de virtudes universais. Essa apreensão mostra que o ato de cuidar não é apenas uma prática “socialmente construída”, mas sim um processo de transformação por socialidade em imediação. O que é imediato nessa socialidade é o tempo

presente onde a memória de curta duração do doente de DA não é fixada e orienta as práticas de cuidado. Essa “imediatez” da relação difere da mediação simbólica no momento em que vem concluir/estabilizar algumas diferenças⁴ na passagem entre dois espaços/mundos, o “estriado” e o “liso”. (DELEUZE; GUATTARI, 1997) Além disso, de acordo com uma “nomadologia” demente, que problematiza esse “coeficiente de transformação” humana, as produções de diferença entre um doente de Alzheimer e seu cuidador estariam simetricamente relacionadas com os espaços “lisos” e “estriados”, por onde ocorrem os cuidados em socialidade imediata. Diante dessa “nomadologia”, se pode considerar que as multiplicidades que vertem da demência substantiva e adjetiva dos materiais animados e inanimados, os quais vivem em um mundo de contaminações virtuais e moleculares, produzem nômades que “entretêm relações táteis entre si”. (DELEUZE; GUATTARI, 1997) Dessa forma, um ser em estado de demência, por exemplo, um doente de Alzheimer, vem a ser intensidade na produção de diferença difusa que sempre não coincide, moralmente nem socialmente, com uma rede de dispositivos racionais. Apreender esse movimento, através da etnografia, faz da antropologia uma forma singular de por em dúvida uma das égides humanas centrais, ou o que a cultura ocidental chama de “inteligência” (marcador quase unânime de diferenciação humana). De forma intrínseca, um demente humano seria um inimigo “perigoso”, tanto para qualquer “lucidez” quanto para outra demência no mundo. O “perigo” maior está na relacionalidade virtual e real com o demente (uma relação, que por ser intensivamente possível, age virtualmente na extensão de seu entorno, sendo com isso

4 “O Liso nos parece ao mesmo tempo o objeto por excelência de uma visão aproximada e o elemento de um espaço háptico (que pode ser visual, auditivo, tanto quanto tátil). Ao contrário, o Estriado remeteria a uma visão mais distante, e a um espaço mais óptico — mesmo que o olho, por sua vez, não seja o único órgão a possuir essa capacidade. Ademais, é sempre preciso corrigir por um coeficiente de transformação, onde as passagens entre estriado e liso são a um só tempo necessárias e incertas e, por isso, tanto mais perturbadoras”. (DELEUZE, 1997, p. 180)

intrinsecamente “desterritorializante”), que contamina a pureza monadológica da noção ocidental de humano, noção de “eu” (pureza inteligente). Essa não amizade entre essas duas formas de individuação humana é um efeito do materialismo fantástico que constrói um mundo onde a matéria metafísica contamina o humano. Esse ponto de vista e seu oposto, o essencialismo estratégico, são partes desse processo extenso de produzir “gente” nas relações, para antropologia e para os interlocutores de minha pesquisa. Mas eles não solucionam a pergunta: quem contamina quem e o que está contaminando? E aqui chegamos à pergunta-chave, já que uma “doença” é uma condição de possibilidade para qualquer ser vivo, ou o efeito mais imediato de um processo vital: a morte. A demência é um desses efeitos, com a diferença que para ela vir a ser precisa produzir delírio. Delirar pode ser um agente contaminante no plano internatural e multinatural e pode ser uma socialidade que produz humanos. Ambas possibilidades, no entanto, irão sempre ser linhas de articulação com a procura por saúde (ou uma atitude/sensação de estar a espreita constantemente em um mundo de contaminações moleculares desestabilizantes de pessoas/gente). Perceber essa “molecularização da vida” (ROSE, 2007), ou essa vitalização da matéria (como preferi definir), é começar a pensar que o humano também pode relacionar-se com o mundo por retropredação. Esse processo difere-se de canibalismo ou antropofagia na medida em que é a agência de devoração de um humano do mundo pelos mesmos meios que ele pode devorar a si mesmo, e vice-versa. Vitalizar os materiais que produzem humanos por retropredação seria então uma maquinação, de tamanha simetrização, que o que resta do mundo são sempre pessoas/gente. E esse é um tipo bastante singular de “animismo”.⁵ (VIDEIROS DE CASTRO, 2002) No território onde a demência devora “gente”, toda gente no mundo é antes demente, a humanidade

5 Utilizo aqui o termo “animismo”, mas penso que o mesmo não caberia ser pensado na demência, já que não se tratam das mesmas relações entre onças, quatis, gente ou macacos devorando e sendo devorados. Por outro lado não me ocorreu conceito mais próximo ao que pretendo mostrar.

torna-se uma invenção humana. Nesse sentido, pensar em uma ontologia demente acarretaria afirmar que é possível posicionar-se em uma “perspectiva demente”, nela todo humano “ocupa um ponto de vista”⁶ demente em um nova “virada linguística”. (VIVEIROS DE CASTRO, 2007)

Algumas dessas ideias, e outras que podem se desdobrar delas, me fizeram inverter os polos da pesquisa de campo e ir ao encontro do que a ciência produz na extremidade final de sua “linha de produção”. Na tentativa de compreender, em minha etnografia, o que estava sendo dito em relação ao “organismo humano” (já que a produção de saberes físico-químicos sobre as dinâmicas e o funcionamento do corpo humano não é um “objetivo” da investigação antropológica em geral), sem buscar pelos contextos dessas produções, nem pelas formas que são produzidos esses saberes, fui à busca dos artigos científicos, das palestras, dos filmes, dos documentários e do que é divulgado na mídia em geral sobre o assunto. O que encontrei foi uma miscelânea de informações, muitas delas descontraídas, que constituíam uma multiplicidade finita de definições da DA e do cérebro humano. E nesse ponto estive pensando muito mais por meios intuitivos, os quais geravam redes presas por apenas uma ontologia (científico/lúcida), e que amarravam materiais e

6 “Se é verdade que ‘o ponto de vista cria o objeto’, não é menos verdade que o ponto de vista cria o sujeito, pois a função de sujeito define-se precisamente pela faculdade de ocupar um ponto de vista. Nesse sentido, a assimilação predatória de propriedades da vítima, no caso amazônico, deve ser compreendida não tanto nos termos de uma física das substâncias como nos de uma geometria das relações, isto é, enquanto movimento de apreensão perspectiva, onde as transformações resultantes da agressão guerreira incidem sobre posições determinadas como pontos de vista”. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002 p. 291) O perspectivismo de Viveiros de Castro sofre adaptações e articulações nos contextos em torno da DA. O que estaria incluído de forma extensa seriam essas “físicas das substâncias”, os outros dos “outros”, sendo que eles não necessariamente produzem pontos de vistas. A molécula, o neurônio e o cérebro fazem parte de uma rede de actantes diferentes dos descritos a partir do perspectivismo ameríndio, e nesse artigo eles serão apenas “problemas da pesquisa”. Para tornar sociável as relações com eles necessitaria cunhar outros dispositivos do método etnográfico.

pessoas com um intermediário metafísico (a consciência/inteligência). Essa ontologia basicamente percorre o caminho: cérebro, neurônios e moléculas (rede de materiais) e criatividade mais subjetividade (rede de pessoas).

Seguindo um pouco mais a extensão dessa ontologia, onde o que há de material é sempre antes humano, vejamos “como pensam esses nativos”. Cientistas experts em DA (neurologistas, psiquiatras, geriatras...) afirmam que para investigar as causas da doença é preciso observar que, por um lado existem condições clínicas gerais resultantes de fatores socioambientais, e por outro existem fatores genéticos moleculares. A antropologia (teoricamente) tem os meios conceituais e práticos para perceber os processos demenciais no envelhecimento enquanto uma produção de diferença e de incertezas sobre as relações do ser humano consigo e com o mundo. Percebendo as relações entre humanos e o mundo (me refiro aqui ao mundo percebido e homologado de forma “externa” ao corpo), se pode compreender que o primeiro está situado em um fluxo simétrico de traços gravados no mundo em relação aos outros seres, ou os não humanos. Pensando as questões que, por exemplo, Tim Ingold (INGOLD, 2010) resgata na obra de Hutchins,⁷

7 “No seu estudo sobre as tarefas computacionais implicadas na navegação marítima, Edwin Hutchins observa que os ‘humanos criam seus poderes cognitivos criando os ambientes nos quais eles exercem esses poderes’”. (HUTCHINS, 1995, p. 169 apud INGOLD, 2010) Este, para ele, é o processo da cultura, embora se possa chamá-lo simplesmente de história. Haverá, porém, algo especificamente humano sobre este processo? Hutchins compara o navegador humano à formiga, que deve sua habilidade aparentemente inata de localizar fontes de alimento com precisão impressionante aos rastros deixados no ambiente por predecessores incontáveis. Apague os rastros, e a formiga está perdida. Assim, de fato, estariam os humanos, sem cultura ou história. A conclusão de Hutchins é que as capacidades de formiga, também, são constituídas dentro de um processo histórico de cultura. Alternativamente, (e resumindo-se praticamente à mesma coisa) poderíamos concluir que as capacidades supostamente ‘culturais’ dos seres humanos são constituídas dentro de um processo de evolução. Meu ponto é que a história, compreendida como o movimento pelo qual as pessoas criam os seus ambientes e, portanto, a si mesmas, não é

um ser qualquer que perde os traços e vestígios de si no mundo deixa de remontar sua existência, enquanto uma multiplicidade, para torná-la um processo de desertificação de si ou sua unidade. Ou também poderia ser dito aqui, se não fosse a inseparabilidade entre eles, que ele atravessa a “fronteira” entre um mundo “estriado” e outro “liso”, sua morte se dá quando ele vem a ser nômade em território “liso”. (DELEUZE; GUATTARI, 1997) Mas dessa morte resta a dúvida: por quais outros vestígios no mundo e no ambiente o doente de DA estaria empreendendo seu processo demencial, sobre si e sobre os demais que o acompanham (humanos e não humanos)?

A questão aqui não é comparar pessoas dementes com animais, nem (ou a fim de) definir o que é ou como se produz a “existência humana”, mas sim compreender como as suas socialidades com o mundo (mundo de vitalizações de materiais) são possíveis. Ou seja, o problema gira em torno da possibilidade de posicionar-se em um ponto de vista “demente”, por entre as relações de cuidar e ser cuidado, em que ocorre inteligibilidade mútua. Onde haja emissão e recepção de signos sem necessidade de ter as relações intersubjetivas pré-formadas como um interposto/intermediário. Essa relação imediata não intuitiva seria homóloga ao sentimento que os interlocutores dessa etnografia descrevem ter com os doentes: o amor e o carinho relacionam incondicionalmente uma alteridade demente, na qual os materiais não humanos não são mediadores, mas sim agenciamentos não intuitivos. Estendendo um pouco mais essa rede, é a partir dessas socialidades que podemos entender como os cuidadores, médicos e os antropólogos lidam ou lidariam com essas relações entre humanos que implicam outros objetos, seres e materiais. Parece que uma demência desponta à “vista humana” sob um processo de disposição de rastros de habilidades (socio-orgânicas) perceptivas e cognoscentes, as quais abrem margem para a ocorrência

mais do que uma continuação do processo evolucionário, como definido acima, no terreno das relações humanas”. (HUTCHINS, 1995 apud INGOLD, 2010)

de diferença intensiva humana e não esquizóide ou demente. Como exemplifica Hutchins, uma formiga que perde seus vestígios no ambiente se perde nesse mesmo ambiente e com isso abre-se um mundo intempestivo de materialidades em relações cruzadas, de tipo rede, que atualizam uma perda de saúde em seu próprio processo de individualização. Pensando esse mundo a partir do centro divisor natureza/cultura, um humano demenciado, passado pelo processo semelhante ao da formiga, investe sua potência de vir a ser nas formas de alucinações, delírios e novos aprendizados não concluídos enquanto um real, mas sim em dimensões e escalas que se excedem em si.

Situados esses processos, as questões antropológicas tornam-se reversas (WAGNER, 2010) se o objetivo for descrever o doente como um ator e interlocutor em uma pesquisa etnográfica. Ao tomar uma doença enquanto sistemas de socialidades com materiais e produções de ontologias-outras, os métodos utilizados e existentes em antropologia não dão suporte a esses movimentos e envolvimento. O conjunto de métodos etnográficos precisaria passar (antes de sua aplicação sobre um “objeto”) por uma “esquizoanálise”.⁸ Nos estudos sobre saúde, corpo e experiência, há uma produção de objetos incertos que se reverberam em controvérsias político-espistemológicas. Como se pudesse chegar ao território-fronteira antropológico, abrem-se brechas espistêmicas entre disciplinas acadêmicas (como entre psicologia e antropologia) por onde se produz e retorna ao problema da tradução e da reprodutibilidade do saber.

8 “A esquizoanálise não incide em elementos nem em conjuntos, nem em sujeitos, relacionamentos e estruturas. Ela só incide em lineamentos, que atravessam tanto os grupos quanto os indivíduos. Análise do desejo, a esquizoanálise é imediatamente prática, imediatamente política, quer se trate de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade. Pois, antes do ser, há a política. A prática não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrenta os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas. A esquizoanálise é como a arte da novela. Ou, antes, ela não tem problema algum de aplicação: destaca linhas que tanto podem ser as de uma vida, de uma obra literária ou de arte, de uma sociedade, segundo determinado sistema de coordenadas mantido”. (DELEUZE; GUATTARI, 1996)

As questões que lancei sobre minha etnografia formaram uma não fronteira, ou a multiplicidade menos um de Deleuze e Guattari, e não mais esse problema do saber e seus respectivos axiomas. Ele torna a objetivação do outro um meio de fazer do mesmo um objeto passível de qualquer ação natural ou cultural. Produz a representação do corpo enquanto matéria vivida virtual em contraposição a uma mente modal real.

Vemos um pouco melhor essa representação de corpo nas formas de tratamento para a DA (descritas de forma resumida em minha dissertação). Elas são concebidas em dois alicerces: o envolvimento do cuidador no mundo do doente através da não contrariedade e a convivência com modelos diversos aos dos cuidadores, de percepção do ambiente-mundo, em que ambos estão vivendo processos diferentes, mas interligados. O cuidador, ao criar histórias, inventar diálogos completamente “incoerentes” (por falta de referencial real) ou fantásticos, delira e demência a si próprio na intenção de um diálogo simulado terapêutico com o doente. As empatias fluem por originalidade da rede costurada nesse envolvimento dialógico e pela história em comum entre cuidador e doente.

Tim Ingold (2002, 2011), por exemplo, nos propõem outro exercício: perceber como os sujeitos estão engajados nos processos e nas linhas que interconectam pontos (de convergência e de diferenciação) circunscritos pela “cultura”. Perceber o mundo através dos “processos da vida” provoca uma etnografia a cartografar as multiplicidades de potência dos demais não humanos que coabitam ambientes-mundo diversos ao estritamente humano. Assim como convida a observar como ocorrem os envoltimentos dessas socialidades, potencializadoras da diferença, enquanto alteridades radicais e reversas. Na DA, esses processos movimentam-se muitas vezes de forma estritamente inusitada, pelas condições fronteiriças que se apresentam as dinâmicas dos agenciamentos. Movimentos e processos, como a perda gradativa de memória e as mudanças fisiológicas nos corpos e em torno deles, são algumas dessas transformações pelos quais não

se pode apreender totalidades/unidades, mas sim seus movimentos incertos e materiais. Todos esses movimentos dos corpos, das pessoas e dos ambientes são na DA socialidades que potencializam um desaparecimento da noção de “eu” doente e multiplicam possibilidades intensivas e virtuais. Rejeitando qualquer dualismo em torno da noção de devires em potencial ou de um virtual de potência, o que existem são “dinâmicas dos sistemas de desenvolvimento” e que “podemos chamar de mente é a vanguarda do processo vital em si” (INGOLD, 2002, p. 20, tradução nossa).⁹ Essa dinâmica do mundo, ou esse fluxo “rizomático” (DELEUZE; GUATTARI, 1995), não movimenta-se através da transmissão de informação (representatividade), mas sim de seres em relação e transformação diretas entre si. Esse ser doente (doença como obliteração da potência de vir a ser) e em transformação, agora aqui percebido ao mesmo tempo tanto como “organismo” quanto como “pessoa”, relaciona-se com um mundo ao seu redor através de alteridades (no plural por não apresentar-se como apenas uma entre humanos). Como afirma Descola, sua natureza “é boa para socializar”. (DESCOLA, 2005)

Incluir o doente de DA em uma etnografia (torná-lo uma possibilidade do “humano”) demanda, com isso, por exemplo, tanto um exercício de produção conceitual quanto a “aquisição de habilidades” (INGOLD, 2002) ou/e sensibilidades para perceber outras linhas de relações não dualistas, que se dão para além dos circuitos de produção de saberes e práticas humanas. No contra fluxo das explicações naturalistas temos não mais uma patologia, mas sim o desenvolvimento de uma potência de socialidade, uma habilidade imamente de “tornar-se”. Mas a partir dessa fronteira (ou o imanentismo do devir), sempre resta a dúvida: a linguagem do delírio seria uma outra semântica ou um desejo de transformação ontológica do mundo onde o ato de delirar não habita “nada”, já que deixou de ser possível em sua atualização? Nas narrativas dos interlocutores dessa pesquisa

9 “We may call mind is the cutting edge of the life process itself”.

vemos pessoas em busca de soluções para essa alteridade radical vivida cotidianamente. Podemos perceber essa busca quando os cuidadores se perguntam: “quem são e o que podem eles (os dementes)?”. Os cuidadores estão em busca de formulações conceituais para solucionar questões como essas, ao mesmo tempo que necessitam viver ativamente sua vida demenciada como um lugar comum com o doente. Os interlocutores dessa pesquisa têm geralmente preocupações com a saúde do doente em primeiro lugar e depois com a sua própria. Portanto, querem saber o que fazer em determinada situação em que eles (os doentes e os cuidadores) não conseguem ter mais “alternativas”. E isso ocorre justamente quando o cuidador tenta forçar seu ponto de vista sobre o doente, já que na demência se trata mais de ter apenas “alternativas”. Enquanto o doente quer ficar nu, viajar para sua casa ou para sua cidade natal às 4 horas da manhã, ou ainda, andar pela casa por toda a noite, o cuidador não consegue compreender essas suas vontades/necessidades “irracionais”. Diante de situações como essas são poucas as “soluções” existentes. Os relatos geralmente variam entre a medicalização anestesiante ou o delírio compartilhado (ou seja, “entrar na história” do doente e ver até onde o mesmo “desiste” ou fica “satisfeito” com suas necessidade/vontades realizadas em parte ou completamente).

Nesse sentido, uma das possibilidades de associação dos materiais (que [des]fazem gente) no desenvolvimento da DA é conceber a mesma enquanto uma multiplicidade que “desterritorializa-se” no e através do “delírio-mundo”. (DELEUZE, 2006; DELEUZE, GUATTARI, 1995) No pensamento de Gilles Deleuze, o inconsciente é uma fábrica e a doença é a detenção do devir. (DELEUZE, 2004) Com isso pergunto como existiria então uma fonte inesgotável de potência virtual se o ser finaliza a si próprio, em sua individuação intensiva, para fora de seu sistema “metaestável”? O ser demente tornar-se-ia diferença intensiva? Um dos meios dessa potência estaria no conceito de demência. Demenciar é mais um modo de “existir” dentre todos os impensáveis, já que habita sempre o incomensurável e metafísico “inconsciente”.

Tim Ingold, em recente artigo intitulado “Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos em um mundo de materiais”, apresenta algumas sugestões ao problema epistemológico da inclusão de novas ontologias, como a dos não humanos. A partir de alguns rastros que seu trabalho deixa, temos alguns meios de correlacionar mente em demência e os demais conceitos e saberes biomédicos onde são relatados os movimentos e transformações dos materiais na vida. O debate que levanto refere-se a um retorno contundente dos materiais investigados e marcados pelas ciências “psi” na direção dos desdobramentos dos debates sobre o divisor natureza/cultura repercutido em uma discussão de método. Dessa forma meu trabalho visa deslocar materiais, como o delírio e o neurônio, ao marco da particularidade do mundo da demência, ou o vértice de forças que produz conceitos (assim como Deleuze e Guattari o entendem) singulares aos seus problemas. Para fazer desse fluxo de forças (aparentemente reduzidos ao mundo metafísico do inconsciente) um campo de trabalho etnográfico busquei perceber que as linhas que atravessam e socializam a vida em demência aparentam conectar elementos, materiais e pessoas em uma “rede estável”. Mas, seguindo um pouco mais a malha de socialidades, essa “rede estável” mostra outras relações “metaestáveis” (SIMONDON, 1964) entre o doente de DA e os demais elementos da rede que socializam com ele. E aqui percebo que a ontologia se reverte contundentemente, pois não se trata mais de conectar ou mesmo articular coisas com pessoas e nem vice-versa. Sob um suposto “ponto de vista demente”, o que interessaria mais seriam os processos e os acontecimentos em si e para si, ou o que há entre. Essa via foi objetivada em minha etnografia através de uma reversibilidade crítica lançada sobre exemplos de tratamentos científicos como o que segue abaixo. Em uma das palestras da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), realizada no Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, um neurologista afirmou o seguinte:

Tem um estudo que afirma que pegar 20 minutos de sol por dia diminui o uso de anti-psicóticos em 45 %. Ficam menos agitadas quando tem doença de Alzheimer. E o que é o Sol né? O que é 20 minuto de Sol? É fácil fazer, é fisiológico, é do corpo humano, tem que pegar Sol pra fazer vitamina D, para fortificar o osso, então não custanada 20 minutos por dia. Colocar a pessoa na varanda ou sair para passear que é melhor ainda, essas coisas que funcionam. (Palestra proferida por neurologista em uma reunião da ABRAZ no dia 28 de março de 2011)

O que um método/teoria (ponto de vista/perspectiva, não apenas antropológico) pode contrastar sobre o que acontece nesses “20 minutos de sol”? Para responder essa questão temos que partir da consideração de que não se trata de produzir simetria virtual na investigação sobre as ações/potências (perspectivas) que estejam em relação e percepção direta com o ambiente/paisagem, dentro de um conjunto “total” (e com isso limitado) de relações que compõem e constituem um “processo contínuo da vida”. (INGOLD, 2002) Pensando ao lado de Tim Ingold, o sol, nesse caso, enquanto ser “animado” não humano está engajado nesse processo. Vejamos então algumas derivações de relações possíveis entre esses humanos e não humanos (sem pretensão de averiguar suas veridades/controvérsias científicas): o Sol é condição para vida na Terra, interliga um sistema interplanetário (sistema solar) ao mesmo tempo em que nos auxilia a produzir vitamina D e nos provoca câncer de pele. A vitamina D fortifica nossos ossos e integra grande porcentagem de atividades neuronais (PRZYBELSKI; BINKLEY, 2007), os quais “fazem” sentir-nos mais relaxados e “tranquilos” (produzem saúde), “fazem” os doentes utilizarem menos remédios; e que ainda, unida a um “passeio”, (exemplo de tratamento proposto por terapias ocupacionais) engaja o ser no mundo despertando a sua/nossa atenção para uma perspectiva de pertencimento ao ambiente.¹⁰

¹⁰ Ainda temos aqui outras derivações dessa rede, como a que irei desenvolver mais adiante em relação a uma possível percepção do doente de DA de

As associações feitas, nesse fluxo de articulações, poderiam ser percebidas cotidianamente, se considerarmos o Sol, a vitamina D, o doente de DA e a Terra seres não humanos “intencionais” (dotados de forças e intensidades auto-organizadas que “fazem fazer”). Mas essa sequência não linear de associações não evidentes produzem muitas questões e conceitos híbridos, como por exemplo: descrever essas supostas correlações, interligadas em um percurso não lógico (já que não racional), pode tornar-se um objeto de pesquisa antropológico privilegiado através de uma simetriação entre essas “interpretações” (os saberes biomédicos e os processos da vida) sobre os dementes, observados de forma direta/imediata? Se sim, essa rede de redes alarga os horizontes antropológicos, visualizando essa possibilidade do virtual enquanto potência intensiva. Por essa perspectiva, o Sol seria outra boa natureza para “socializar”. (DESCOLA, 2005) Ele seria um “objeto que tem história”. (LATOURET, 1995) Mas os enunciados que contam sua história são inteligíveis para quem? Quais outras inventividades da cultura e outras ontologias eles podem mobilizar quando a mediação entre os mesmos é dada através de uma ontologia demente?

Penso que ao responder questões como essas, tenhamos que descartar a condição imposta aos materiais como os que o Sol agencia. Ela afirma que ele precisa ter um “discurso” (transcendental) ou um desenvolvimento de relações pré-objetivas desprovidas de intencionalidade (essencial). Ao “permitir” que o Sol possa “mais” nas relações humanas, o mesmo vem a ser a multiplicidade de seus efeitos, como, por exemplo, a produção de vitaminas nos corpos de humanos. Se o que “interessa” então é descrever o fenômeno de transformação de suas relações com o que sua potência “funciona” (seja como um Deus ou uma estrela em expansão) e com os efei-

um acontecimento com um pássaro. Foi a partir desses “passeios” que escutei relatos de cuidadores sobre as relações que os doentes fizeram com elementos e delírios, os quais foram fundamentais para compreender o que uma ontologia demente pode associar e socializar.

tos que produz, bastaria incluí-lo no rol de “quase objetos” enquanto “quase sujeitos”. (LATOURE, 1994) Ele, em mesma medida que um medicamento, “coproduz” (JASANOFF, 2004) sujeitos e objetos em modificação. Mas o problema dessa sequência de modos de pensar e produzir um ponto de vista sobre essa rede está na pergunta: como seria possível sua costura sem humanizarmos os objetos e “objetar-mos” os humanos? Em outras palavras o que estaria em jogo quando tornarmos os agentes não humanos dessa rede, seres de equivalente potência actante aos humanos? A simetria multinatural serve/fun- ciona para quem? Penso que antes de responder questões como essas teria de considerar a assimetria uma necessidade para a própria constituição da simetria, ou tomar a “homologação da constituição moderna” como definitiva; um requisito para repensar o conceito de humano. (LATOURE, 1994) Nesse sentido é preciso repensar o conceito de simetria onde ele é mais utilizado: homologar a ontologia -lúcida “desveladora” da verdade e dos “fatos totais” que sustentam a “realidade”.

Observando alguns debates atuais da antropologia, parecem haver neles algumas mudanças significativas das concepções ético-po- líticas sobre o que traz centralidade ao humano: a noção de indivi- duação, inventada na divisão ontológica “nós” e “eles”, que produz uma noção ocidental de pessoa, self ou eu. Essas mudanças estão se dando de acordo com o aumento das formas de configurações a que a ontologia dos outros, diferentes radicais, tem se dado em no- vas metafísicas, ou na atualização das já existentes. Uma dessas, um tipo de metafísica materialista, pode ser vista em noções como a de “vitalidade” e “molecularização”, cunhada por Nikolas Rose (2007). Propus que elas possam ser misturadas, produzindo outro conceito como o de vitalização da matéria. (VIANNA, 2013) Vitali- zar uma molécula seria uma forma de “mergulhar no caos” um devir “pensamento-cérebro” no qual, em sua dobra, exista um aconteci- mento em que se presencia o próprio “pensamento escapando a si

mesmo”, “percorrendo o universo no instante”, parafraseando Gilles Deleuze e Félix Guattari.¹¹

Por hora, e de forma reversa, o que poderia especular sobre esses outros agrupamentos de processos, seria considerar uma molécula enquanto um “agenciamento de desejo” no limite em que a mesma multiplica a si e nos limites-tensões por onde ela afeta. Nesse sentido uma molécula é “criativa”, ou tem um poder criativo, em seu estado de vir a ser em constância relacionalidade. Ela produz seu tempo, seu espaço e seu território quando se transforma, pois sua “existência” (enquanto “molécula-pensamento”) nunca pode existir enquanto ente abstrato. Em vez de ser, ela está em relação com um conjunto de fatores, situações e demais objetos/moléculas/atores presentes na atmosfera a qual está criando e sendo criada. A molécula, ou os materiais, estão sob vitalização por estarem em relação, por individual-se através de dinâmicas semelhantes aos seres vivos que ela compõe (por intencionalidade). Do ponto de vista da vida, ela não é um produto, mas sim um modo diferente e diferenciante de vitalidade.

Para Gilles Deleuze, essa vitalidade é uma “alegria no mundo”, é uma relação que se estabelece com o outro, quando esse produz

11 “Pedimos somente um pouco de ordem para nos protegermos do caos. Nada é mais doloroso, mais angustiante do que o pensamento que escapa a si mesmo, ideias que fogem, que desaparecem apenas esboçadas, já corroídas pelo esquecimento ou precipitadas em outras, que também não dominamos. São variabilidades infinitas cuja desaparecimento e aparição coincidem. São velocidades infinitas, que se confundem com a imobilidade do nada incolor e silencioso que percorrem, sem natureza nem pensamento. É o instante que não sabemos se é longo demais ou curto demais para o tempo. Recebemos chicotadas que latem como artérias. Perdemos sem cessar nossas ideias. É por isso que queremos tanto agarrarmo-nos a opiniões prontas. Pedimos somente que nossas ideias se encadeiem segundo um mínimo de regras constantes, e a associação de ideias jamais teve outro sentido: fornecer-nos regras protetoras, semelhança, contiguidade, causalidade, que nos permitem colocar um pouco de ordem nas ideias, passar de uma a outra segundo uma ordem do espaço e do tempo, impedindo nossa ‘fantasia’ (o delírio, a loucura) de percorrer o universo no instante, para engendrar nele cavalos alados e dragões de fogo.” (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 259)

intensidade da potência de um ser.¹² A doença por outro lado seria um fluxo negativo entre si e o mundo, ou uma perda da potência de vir a ser. Nesse sentido, seria preciso se perguntar se a DA pode ser chamada de “doença”. Não seria ela um dos processos que ligam qualquer humano no mundo e que vitaliza o mundo e as coisas nos humanos? Para tornar esse processo um fluxo de vitalizações é preciso antes fazer dos materiais e dos não humanos agentes operadores dos movimentos dos humanos. Fazer e desfazer “gente” se torna uma constante negociação entre as coisas movidas ou feitas por humanos e as coisas feitas por outras coisas. Tomando como exemplo os saberes médico-científicos sobre a DA, a rede variável acima descrita, que tem o sol como um dos seus cruzamentos, o mesmo, em um certo momento, socializa com uma proteína, (chamada pelos cientistas de “beta-amiloide”) a qual, por sua vez, socializa com alguns neurônios, os quais vem a ser proto pensamentos humanos, e que fazem pessoas. Essa proteína em excesso mata neurônios, logo mata pessoas, o sol faz e desfaz gente. Por outros caminhos, as mesmas linhas poderiam ser traçadas fazendo valer teorias e cosmologias indígenas, espíritas, *new ages*, quilombolas, esquizofrênicas e dementes. Esses “materiais”, ou mesmo a insignificância e inexistência deles (como talvez seja a proteína beta-amiloide para indígenas), podem

12 Deleuze, ao falar sobre os vários sentidos de um signo em Baruch Espinoza, afirma o seguinte sobre essas relações de afecção: “Conhecemos nossas afecções pelas ideias que temos, sensações ou percepções, sensações de calor, de cor, percepção de forma e de distância (o sol está no alto, é um disco de ouro, está a duzentos pés...). Poderíamos chamá-los, por comodidade, de signos escalares, já que exprimem nosso estado num momento do tempo e se distinguem assim de outro tipo de signos: é que o estado atual sempre é um corte de nossa duração e determina, a esse título, um aumento ou uma diminuição, uma expansão ou uma restrição de nossa existência na duração em relação ao estado precedente, por mais próximo que este esteja. Não é que comparamos os dois estados numa operação reflexiva, mas cada estado de afecção determina uma passagem para um ‘mais’ ou para um ‘menos’: o calor do sol me preenche, ou então, ao contrário, sua ardência me repele. A afecção, pois, não é só o efeito instantâneo de um corpo sobre o meu mas tem também um efeito sobre minha própria duração, prazer ou dor, alegria ou tristeza.” (DELEUZE, 2004, p. 157)

desdobrar outras redes, que ao contrário de estarem em “outros mundos”, tecem os mundos onde a beta-amiloide faz desfazer gente, são redes de redes, caminhos-outros passíveis de reversibilidade. Saúde é um “estado” para falar de relações entre humanos e materiais, doença é um acontecimento para falar das mesmas relações com “novos” humanos e outros materiais.

Em minha pesquisa de mestrado, não realizei pesquisa com doentes de DA, mas posso agora exercitar aqui, a fim de deixar mais perceptível o que visei afirmar acima, uma dessas vitalizações que uma ontologia demente produz. Supondo que: um demente observa um filhote de sabiá cair de seu ninho.¹³ Para um sabiá que caiu de seu ninho, doença e saúde (da forma conceitual acima descrita) podem ser a mesma coisa e não ser nada possível em sua situação. Para um doente de DA, elas podem ser uma das formas que o ninho encontrou de voltar a ser graveto no momento em que ele não desejou mais ser casa. O ninho se considera uma saúde para o sabiá e casa para o demente, que o percebeu enquanto galho. Aos olhos e ouvidos de antropólogos, cientistas e familiares, esse “enunciado” é sinal (representa) da criatividade, da subjetividade e da “poesia” humana que surge e resiste ao acometimento causado pela “natureza”. Para a etnografia que estou propondo fazer com ontologias dementes, o que o doente de DA socializou com o filhote de sabiá é uma forma de fazer o ninho de sabiá voltar a ser graveto. O material graveto, e sua “gravetosidade”, agora me fará fazer, a partir do que essa ontologia demente me fez socializar, enquanto um possível, alguma outra coisa de minha “criatividade” ou irá restaurar os “geradores dos fluxos de materiais desse mundo” (INGOLD, 2007); ou ainda, talvez possa fazer uma doença ser outro jeito de produzir humanos. Assim como a “gravetosidade” me faz rever o que configura o hu-

13 Minha pretensão nesse “exemplo” é mais seguir algum rastro qualquer de “delírio simulado”, do que mostrar uma experiência possível e “real” que ilustre as formas como os dementes “pensam” e que possa ser posteriormente interpretada e generalizada enquanto uma “representação social”.

mano, sua relação com os demais materiais fazem “fazer” da diferença um vetor lançado sobre o que os mesmos, habitantes de nós e do mundo, podem fazer dos “nossos” mundos quando fazemos o que desejamos que eles façam “fazer”; ou seja, para que produzam “coisas boas” para humanos socializarem. Essa diferença faz da “gravetividade” uma “qualidade” do ninho do ponto de vista do sabiá e faz do sabiá um humano construtor de casas graças a sua “habitabilidade”, ou sua capacidade de produzir sua própria casa. (INGOLD, 2007) O antropólogo, considerando essa diferença e compreendendo que ela foi possível graças a “demencilidade” do doente de DA, começa a “trazer as coisas de volta a vida” (INGOLD, 2012) e a “levar a sério” uma ontologia demente.

REFERÊNCIAS

BATESON, G. Form, substance and difference. In: BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. Chicago: The University of Chicago Press, 2000. p. 454–471.

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 2004.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 1 v.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. 3 v.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997. 5 v.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. *O que é a Filosofia?* São Paulo: Editora 34, 1992.

DESCOLA, P. Le grand partage. In: DESCOLA, P. *Par delà nature et culture*. Paris: Éditions Gallimard, 2005.

INGOLD, T. *Being alive: essays on movement, knowledge and description*. London: Routledge; New York: Taylor: Francis e-Library, 2011.

INGOLD, T. Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25, jan./abr. 2010.

INGOLD, T. Materials Against Materiality. *Archeological Dialogues*, Combridge, v. 14, n. 1, p. 1-16, 2007.

INGOLD, T. *The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge, 2002.

INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 18, n. 37, p. 25-44, jan./jun. 2012.

JASANOFF, S. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge, 2004.

LATOURE, B. Os objetos têm história? Encontro de Pasteur com Whitehead num banho de ácido láctico. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 7-26, 1995.

LATOURE, B. *Jamais fomos modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. da. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 5, n. 4, p. 587-594, 2006.

PRZYBELSKI, R. J.; BINKLEY, N. C. Is vitamin D important for preserving cognition? A positive correlation of serum 25-hydroxyvitamin D concentration with cognitive function. *Arch Biochem Biophys*, Amsterdam, p. 202-205, 2007.

ROSE, N. *The Politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first Century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SIMONDON, Gi. *L'Individu et sa Genèse Physicobiologique*. Paris: PUF, 1964.

VIANNA, L. V. D. G. *Fragmentos de pessoa e a vida em demência: etnografia dos processos demenciais em torno da doença de Alzheimer*. 2013. 176 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VIVEIROS DE CASTRO, E. *A Inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Filiação intensiva e aliança demoníaca. *Novos Estudos*, Rio de Janeiro, n. 77, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000100006>. Acesso em: 2014.

WAGNER, R. *A Invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

Refazendo “naturezas”: corpo e saúde numa agenda para discussão

Fátima Tavares

Francesca Bassi

Como abordar as relações entre corpo, emoções e saúde sem invocar certo senso comum antropológico atravessado por dualidades sobre eficácias reais ou simbólicas, ontologias científicas e religiosas, contextos de ações ritualísticas e cotidianas, etiologias biomédicas e tradicionais? Conceitos afeitos ao esquadramento ou a classificações prévias, tipologias, demarcação de fronteiras ontológicas serão adequados para etnografar práticas, processos e múltiplicidades?

Gostaríamos de trazer algumas reflexões sobre a desafiante tarefa de apontar diferenças sem, por um lado, “pasteurizá-las”, ou, por outro, essencializar dicotomias a partir das transformações que são mobilizadas em âmbitos variados de contextos de cura (médicos e não médicos; rituais e não rituais). Para isso, queremos discutir uma “agenda de trabalho” em que apresentamos alguns contrastes que consideramos problemáticos.

ACREDITANDO EM EFICÁCIA: UMA CRÍTICA ÀS REPRESENTAÇÕES

O conceito de crença é de pouca valia para a compreensão da eficácia da heterogeneidade dos contextos de ação ao abordá-los nos termos dualistas das causas (subjetivas e/ou intersubjetivas) e efeitos (objetivos). Os “outros” seriam induzidos a espiritualizar, personificando, objetos e naturezas e a extrair poderes impessoais de sujeitos (LATOURET, 2002) para acreditar em transformações eficazes; já nós teríamos racionalizado juridicamente a nossa vida coletiva – política e social – e medido cientificamente fenômenos naturais.¹ O conceito de crença atribuí aos outros uma ingenuidade derivada do critério da verdade ocidental, historicista e naturalista, que contrasta relatos de fatos históricos e sistematizações científicas de transformações naturais com dimensões míticas de eventos, lendas, crenças ou transformações operadas pelos rituais.

Faltando aderência aos critérios científicos e objetivos e negando ao ator humano o “trabalho da determinação” (LATOURET, 2002, p. 33) através da invocação de poderes extra-humanos, os ritos mágicos parecem frustrar a busca antropológica pela dignidade racional dos atos alheios. Para aqueles que não distinguem natureza e sociedade, determinismos objetivos e determinações de sujeitos, reservamos, assim, a possibilidade de compreendê-los no âmbito da edificação de sociedades e culturas, onde, absolvidos da acusação de irracionalidade (a crença ingênua), podem ser reabilitados em sua percepção do real: são representações, dizemos. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002)

1 A noção de crença acarreta divisões natureza/cultura que, na constituição da disciplina antropológica, remete, por sua vez, a ideias ocidentais entre uma cultura espiritualizada e naturalizada (*universitas*), que tem seu auge com o romantismo, e o pensamento racionalista, político-jurídico (*societas*), de tradição filosófica. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 300)

Tratar como crença as práticas “não instrumentais” não é conhecê-las, mas, como enfatiza Latour (2002), apenas indica um modo polêmico de se relacionar com elas. Mesmo quando adotamos uma atitude respeitosa e compreensiva em relação à crença dos “outros”, como é possível levá-los a sério, já que são apenas crenças? O potencial acusatório envolvido nessa pergunta não nos oferece uma descrição adequada de como as coisas se passam com os outros e nem com nós mesmos.

Ao problematizar as relações entre causa e efeito, Strathern (2006) nos adverte dessa armadilha de relegar ao domínio da “eficácia simbólica” apenas as expressões representativas e, portanto, inertes quanto à sua capacidade criadora. Em *O gênero da dádiva*, a autora nos adverte que ao invés de uma teoria do simbolismo, pode-se encontrar uma teoria da ação. Aqui é o próprio conceito de ação que sofre um importante deslocamento: “A ação também pode ser entendida como um efeito, como uma *performance* ou apresentação, uma estimativa mútua de valor.” Podemos, então, enxergar a eficácia da ação ritual numa outra dimensão real quando consideramos que apresentam e explicitam mundos relacionais. (STRATHERN, 2006, p. 264)

AS CURAS RITUAIS: INCERTEZA E ADESÃO

Segundo uma perspectiva semiológica, Lévi-Strauss (1996) atribuiu eficácia terapêutica a uma função simbólica universal que se explicitaria no papel ordenador da significação através da reconstrução de representações adequadas. Nessa abordagem, a eficácia simbólica se referia às modificações psicológicas e fisiológicas, tributárias da explicitação, em contextos terapêuticos xamanísticos, de conteúdos míticos. Esta concepção dos efeitos de cura do ritual foi contrapesada pelas dúvidas sobre a possível compreensão por parte dos

pacientes leigos dos conteúdos pouco claros ou enigmáticos dos cantos míticos enunciados pelos xamãs experientes. (SEVERI, 2007)

Se a língua de tipo litúrgico utilizada em muitos rituais é obscura e a explicitação de significados escassa, a eficácia deve ser buscada em algo que não cabe numa dimensão semântica. (HOUSEMAN, 2006) Qual é então o tipo de comunicação alcançada nos rituais de cura cujos elementos semânticos fazem tão pouco sentido? E quais são os efeitos terapêuticos dessa comunicação? Por um lado, podemos afirmar que um certo vazio da significação permite uma identificação do paciente com aqueles elementos que chamam a sua atenção e que ele adapta à própria biografia e às próprias emoções — o que nos leva, à posição de Csordas (2008) —, por outro, devemos entender os dispositivos implícitos em contextos de comunicação ritual que permitem criar sentido, surpreender, captar atenção para além da significação ordinária. (SMITH, 1979)

Segundo Houseman e Severi (1994), a comunicação ritual apresenta uma natureza extraordinária devida, entre outras coisas, a condensações de significados, paradoxos e conotações contraditórias. Condições extraordinárias de intencionalidade (HUMPHREY; LAIDLAW, 1994) permitem mundos acontecerem. No exemplo do canto Cuna “Mu Igala” — o mesmo tratado por Lévi-Strauss no ensaio sobre a eficácia simbólica —, Severi (2002) explora no contexto de comunicação especial do ritual a questão da emergência da crença. O xamã vai se autodefinindo outro e ele mesmo simultaneamente, ativando, assim, no destinatário, dúvidas ou convicções sobre o paradoxo enunciado da sua identidade dupla.² Com efeito, o canto xamânico apresenta realidades extraordinárias e diz respeito a processos de cura que se deslocam, nessa análise, da dimensão de

2 Tentando resumir o texto de Severi para nossa discussão sobre a eficácia ritual, o que chama atenção é a definição do enunciador que vai se propondo como uma identidade dupla. A reflexividade interna (o xamã definindo ele mesmo) tem como efeito a criação de um mundo paralelo e a transformação do próprio enunciador em uma presença sobrenatural. (SEVERI, 2002, p. 2)

significados ordenadores para os efeitos perlocutórios que criam disposições intencionais e emocionais associadas às representações do mundo “atuado”.

Em outros cantos Cuna estudados por Severi (2002), o xamã se descreve engajado em uma luta com diversos animais provocadores de doenças (notadamente a loucura) e a sua voz os encarna imitando os versos. A *performance* vocal do xamã, que permite tornar presente tanto o animal quanto o adversário terapeuta (o xamã mesmo), é convocada a determinar a sua identidade múltipla. A técnica de enunciação usada no canto, ao mesmo tempo em que permite ao xamã definir as identidades acumuladas (as vezes, neste exemplo), quebra a linearidade do texto narrativo propondo agências paralelas e contraditórias. A crença diz respeito ao ato perlocutório do xamã, isto é, do resultado de um processo interativo centrado no destinatário.

A adesão do paciente ao contexto especial que costumamos chamar de ritual, antes de depender de uma função simbólica universal estruturada nas leis do inconsciente, depende de atuações linguísticas e gestuais particulares. Assim, se bem seguimos Severi (2002), podemos inferir que a crença na identidade sobrenatural do xamã que age num mundo paralelo é obtida, antes de tudo, com uma comunicação linguística cujo caráter especial gera eficácia no paciente. Surgem, assim, questões relativas à autenticidade da enunciação: ela é correta, verdadeira? Em outras palavras, a assimilação da identidade ordinária do xamã a um ser sobrenatural, a construção do mundo paralelo transformador (lugar de cura, antes de tudo), são obtidas com uma comunicação linguística cujo caráter especial gera as condições para provocar um questionamento implícito sobre a crença e, portanto, sua possível efetivação.³

3 O canto xamânico “atua” em realidades extraordinárias e diz respeito à crença, pois argumenta Severi (2002, p. 26), o poder do xamã é sempre questionado nestes contextos rituais (notoriamente competitiva é a relação entre os mesmos xamãs), e é justamente na tensão com a dúvida que a crença é “atuada”.

Longe de se basear em representações sistemáticas e lineares acolhidas passivamente, no andamento do ritual são mobilizados *ad hoc* símbolos segundo elementos discursivos e situacionais específicos que permitem a atuação da crença. A mesma noção de eficácia remete menos à explicitação de representações e mais a atuações de relações (*enactement*) no momento da *performance* que podem ser ou não julgadas adequadas. A ação ritual do xamã, portanto, acarreta possíveis incertezas quanto ao resultado — como Strathern sugere (2006, p. 265): “os rituais ‘mágicos’ não tem finalidade de ser representados ou seguidos como um código” —, mas enquanto combinação do convencional e da invenção, são *performances* que abarcam improvisações.⁴

O acontecimento “real” da *performance* ritual é a criação de uma certa verdade, pois a interação é sucedida quando um idioma “irrefutável” é acolhido gerando eficácias. (HOUSEMAN, 2006) Vale ressaltar que nesses estudos sobre o ritual não são levados em conta a validade dos conhecimentos (segundo critérios de verdades científicas), mas os modos de atuação de eficácias (*enactement*).

A DOENÇA MÚLTIPLA: CONECTANDO A *DISEASE*

O conceito de *enactement* ganha centralidade na obra de Annet Marie Mol (2003). Em sua etnografia do ambiente hospitalar dos doentes de arteriosclerose, a autora deixa de considerar a patologia associada à obstrução gradual das artérias unicamente como uma entidade médica previamente definida. O trabalho etnográfico de Mol acompanha e articula as várias ações e reações de sujeitos e objetos, para enxergar, para além da clássica epistemologia biomédica, a vigência de uma ontologia múltipla da doença (no sentido da *disease*). A patologia é recolocada num processo complexo e multi-

4 Strathern (2006) considera, para sua argumentação, a obra de Roy Wagner (2010).

verso: na prática hospitalar muitas coisas aparecem e, por meio de consultas, aparelhos, tratamentos etc., a “aterosclerose” também é conectada. Trata-se de uma multiplicidade ontológica que não fragmenta uma entidade já conhecida (a doença como dado prévio do saber biomédico), mas multiplica sua realidade numa série de práticas, incluindo o transporte de formulários e arquivos, a produção de imagens, a realização de conversas médico-paciente etc. A autora investiga, assim, as experiências e os agenciamentos implicados nos processos do adoecimento sem permanecer no território cativo dos trabalhos antropológicos da *illness*, centrados nas narrações e nas significações sobre corpos e emoções. Trata-se de uma etnografia transgressiva que, em vez de investigar diferentes perspectivas sobre o corpo e suas doenças, focaliza somente *diseases*, compreendidas como práticas que fazem surgir (ou aparecer) ontologias variáveis ao invés de entidades singulares – “a” doença ou “o” corpo. O objeto da pesquisa deixa de ser epistemológico (não importa saber se as representações sobre a realidade são adequadas segundo critérios pré-definidos), para se situar no cunho de uma filosofia empírica, onde o interesse é pela pragmática do processo. Mais especificamente, é central o conhecimento gerado pela interação e pela manipulação prática, os objetos não estando passivamente à espera de serem descobertos, mas aparecem ou desaparecem conforme as práticas através das quais eles são manipulados. Objetos variáveis, mundos múltiplos de corpos e emoções, mas também de pacientes e terapeutas, de eficácias e de fundamentos.

A etnografia compreende, assim, novos desafios, já que as possibilidades e objetivos se alteram: recusando a diferença entre *disease* e *illness*, a autora propõe explorar o corpo múltiplo e suas *diseases*. Nos estudos sobre a *illness*, a doença continuava intocada, não investigada, a despeito das significações (de médicos ou pacientes) sobre ela. O passo sugerido pela autora é colocar em primeiro plano as “[...] praticalidades, materialidades, eventos. Se nós dermos esse passo, ‘disease’ se torna parte do que é feito na prática.” (MOL, 2003, p. 13)

EXPERIÊNCIA, CONTEXTO E AGENCIAMENTO: O LUGAR DO CORPO AFETADO

Para os críticos dos estudos sobre representações sociais, o problema principal reside na suposição da anterioridade daquelas sobre as práticas. (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999) No final das contas, seria uma abordagem que subsume as práticas à mera reprodução de significados subjacentes, ou seja, que já se encontrariam dados anteriormente à elaboração de significados no contexto mesmo da experiência do adoecer. O conceito de experiência poderia contornar esses problemas, mas ainda assim, é preciso ter cautela. Para Latour, por exemplo, um problema da concepção fenomenológica da experiência reside no reconhecimento de que os processos de significação são elaborados em sujeitos subjetivados através das relações face a face, suspeitando de toda e qualquer proeminência do contexto, considerado como algo que constrange a ação. Recusando o contexto como uma instância hierarquicamente anterior e determinante ao curso da ação, Latour (2006) também problematiza a exclusividade heurística das abordagens centradas nas relações face a face, pois justamente não reconhecem que as fontes da incerteza encontram-se distribuídas por uma extensão muito mais ampla. A potencialidade do conceito de experiência poderia ser melhor aproveitada no processo mesmo de confecção das redes, ou seja, recusando planos explicativos subjacentes à ação, mas ao mesmo tempo, alargando o campo de visão para além das abordagens micro na medida que a extensão das redes produzem muitas pequenas, mas fundamentais diferenças no social que continuamente se redesenha.

Assim, considerando a investigação da experiência implicada na dinâmica das redes, podemos perseguir o trabalho de humanos e não humanos que comparecem enquanto mediadores dos processos de significação, deixando rastros e fazendo acontecer a ação, seja ela transcorrida numa situação de proximidade ou de distanciamento (implicando em inúmeras mediações). No contexto da

ação não precisamos fazer escolhas entre ativo e passivo, dominante e dominado, constrangimento das estruturas e autonomia individual. Podemos rever algumas premissas, reconciliando dimensões da vida que se encontravam partidas. As conexões são necessárias e irremediáveis, eliminando velhas armadilhas quando se trata de observar os processos da ação: até que ponto somos sujeitos nesse processo? Até que ponto nossa autonomia é limitada pelos condicionamentos sociais?

Podemos lançar mão de um conceito de experiência mais “arejado”, onde se possa admitir um descentramento da referência ao sujeito? Se for esse o caso, então, para perseguirmos as experiências religiosas e terapêuticas em processo, talvez o conceito de itinerário não seja o mais adequado, pois toma como *a priori* a ideia de que sujeitos (ainda que “porosos” e de delimitação flexível) transitam e/ou constroem alternativas (o que poderia evocar uma excessiva ênfase na experiência subjetivada).

Uma alternativa em nossos trabalhos tem sido considerar o conceito de agenciamento, que configura uma aposta bem mais radical nas incertezas do processo, já que elas se distribuem por todo o social e não apenas entre as intencionalidades dos sujeitos, problematizando a ideia de indecisões e incertezas segundo um modelo de sujeito individualizado. (LATOURE, 2006)

A contingência implicada nos processos sociais não está “dada” (anteriormente à experiência) e nem se encontra “desencarnada” (sendo elaborada no curso mesmo do processo). Inspirado na abordagem de Deleuze e Guattari (2007), Latour (2006) pode, então, considerá-la enquanto um agenciamento local, molecular, seja como fruto das pequenas irregularidades que os indivíduos imprimem, seja por esforços voluntários de desterritorialização dos agenciamentos sociais (ou molares).⁵

5 Um paralelo interessante com relação à dinâmica dos agenciamentos locais parece ser os processos de simbolização coletivizante e diferenciante, apontados por Wagner (2010).

Num artigo sobre corpo, Latour (2008) sugere a utilidade do conceito de afetação, próximo ao conceito de experiência, mas menos determinado pelos critérios perceptivos da subjetividade. A definição do corpo deve perseguir os eventos que o afetam e o sensibilizam, não tendo predicados que o podem descrever plenamente como entidade concluída. Como caracterizar o corpo como entidade já pronta para experienciar o mundo quando ele não tem fronteiras definidas, seus órgãos sendo “efetuados” pelos eventos ou equipamentos materiais que os tornam sensíveis?

É o conceito de “efetuação” do corpo (próximo ao conceito de “atuação” ou *enactement*) a ser privilegiado, desta vez na determinação de uma ontologia do corpo, conceituada por meio de proposições que explicitem as afetações que o “efetuem”. Latour ilustra sua argumentação através do exemplo da capacitação de discernimento olfativa dos profissionais das indústrias de perfumes (os “narizes”) após um treino com um *kit* de odores.⁶ Do ponto de vista desta teoria do corpo, a maior complexidade olfativa dos aprendizes não é interessante enquanto potencialidade de capacidades inatas: um corpo assim objetivado só teria voz como sujeito da narração, pois sempre seriam possíveis diferenças pessoais na percepção. No final, como somos todos diferentes na capacidade de perceber (os “narizes” também manifestam idiosincrasias pessoais na percepção olfativa aprimorada), não caberiam disputas sobre afirmações mais ou menos verdadeiras. Restariam, portanto, somente relatos das nossas diferenças subjetivas (as qualidades secundárias), deixando os especialistas falar objetivamente dos odores (fazer afirmações científicas sobre fenômenos químicos, feromônios etc.). Reitera-se, assim, a permanência dos odores no agregado

6 O *kit* de odores (*malette á odeurs*) é constituído por uma série de fragrâncias dispostas de modo que o aprendiz passa das mais abruptas às mais sutis e se deixa afetar por elas de modo a conseguir, no fim do treino, distingui-las mesmo quando confusas e misturadas.

de qualidades primárias, sem reconhecimento nem descrição alguma da “realidade” do corpo afetado.

Para a edificação de uma epistemologia do corpo “efetuado”, vindo a se constituir através de afetações, deve-se enxergar para além da dicotomia entre as afirmações verdadeiras sobre o mundo e as narrações subjetivas, propondo proposições capazes de explicitar as articulações que permitiram o acontecimento daqueles corpos sensibilizados – os mundos odoríferos dos “narizes”, no exemplo do autor. Esses corpos albergam implicitamente toda uma série de conexões (a indústria química, a produção do *kit* de odores, os professores etc.) e, portanto, existem somente quando, dadas aquelas circunstâncias e arranjos, são sensibilizados e se deixam afetar reconhecendo odores imperceptíveis antes do treino. Isto é, para esta ontologia do corpo como ontologia da afetação, antes desse treino, os aprendizes eram relativamente “sem corpo” e, portanto, sem experiências odoríficas possíveis.

TERAPÊUTICAS EM CONTEXTO: COMO PERSEGUIR A QUESTÃO DA EFICÁCIA

Nas mediações mobilizadas nas iniciações ou curas xamânicas, o evento-doença costuma ser interpretado como indicação de intencionalidade não material (espíritos, orixás, animais e entidades de vários tipos) símbolos vivos, indicadores de relações, e não meras metáforas ordenadoras, que apontam para uma “cultura” das coisas (as subjetividades implícitas nelas) em vez de ordens da natureza. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 361)

Se, uma vez cumprido o ritual, pode-se postular que o iniciado não é o mesmo (HOUSEMAN, 2006), transformações são verdadeiramente aproveitadas desmembrando nossos critérios de verdade e aderência ao real. O mundo objetivo, feito de sintomas no caso da doença, é, para “outros”, um mundo agenciado que não se superpõe à realidade (o assim chamado “supranatural”), sendo a “na-

tureza”, desta vez, subsidiária da produção de mundos “culturais” (parafrazeando a filosofia do mundo multiverso, poderíamos dizer que, nestes casos, a natureza da metafísica ocidental tem objetividade zero).

Como tentamos mostrar tratando rapidamente da cura xamânica, as terapêuticas tradicionais compreendem também critérios de legitimidade e de incerteza que não se restringem às representações. Mas, em geral, muitas práticas terapêuticas, mesmo não partilhando integralmente da noção biomédica dos processos fisiológicos, encontram-se fortemente engajadas na busca da eficácia curativa, que evidentemente, não podem ser mensuradas exclusivamente, nem pelos efeitos simbólicos, nem pelo padrão biomédico. Podemos sugerir que mediadores de ontologias variadas são mobilizados na continuidade natureza-cultura, nas práticas terapêuticas a cada vez.

Mas, como mapear os contextos de disputa em torno do que é legitimamente aceito como terapêuticamente eficaz? Isso nos leva, antes de tudo, a reconhecer que as diferenças, transformações, reapropriações e assimilações são situadas no âmbito de relações assimétricas, dada a hegemonia da biomedicina em sociedades plurais como a nossa. Mas, por outro lado, esse reconhecimento não deve obliterar o desafio antropológico de evocar outras imaginações acerca das relações entre corpo, terapêutica e cura, bem como dos regimes de conhecimento que são mobilizados nessas transformações. Devemos, em primeiro lugar, considerar seriamente o quanto as divergências e desacordos nos encontros terapêuticos ancoram-se em premissas mais gerais acerca da validade dos conhecimentos que reconhecemos como “tradicionais”. Como indica Carneiro da Cunha (2007, p. 78):

Essa universalidade do conhecimento científico não se aplica aos saberes tradicionais – muito mais tolerantes – que acolhem frequentemente com igual confiança ou ceticismo explicações divergentes, cuja validade entendem ser puramente local. ‘Pode

ser que na sua terra, as pedras não tenham vida. Aqui elas crescem e estão portanto vivas.’

Se são outras premissas, há que se considerar também, como sugere a autora, outros “protocolos” que vão gerar consequências complexas e variadas na relação entre a medicina científica e tradicionais. Desacordos que emergem, como sugere Kelly (2005), não exatamente nas divergências ideológicas entre diferentes sistemas terapêuticos. As diferenças entre as intenções (deliberadas) e os “panos de fundo” (dados)⁷ de médicos e dos yanomami sobre como se construir um ambiente “adequado” ao trabalho conjunto é que fomentam as disputas e incompreensões, mas também as motivações de ambas as partes. As diferenças nos regimes de conhecimento também nos ajudam a compreender a eficácia (bem como o desaparecimento) do sarode, os cantos de cura dos ayoreo, povo indígena residente na fronteira entre o Paraguai e a Bolívia. (RENSHAW, 2006) Esses cantos de cura não operam por metáforas entre diferentes espécies de seres (pássaros, animais ou plantas), mas por relações de poder em que esses seres são tidos como “gente”, evocando, assim, outra ontologia possível. Como adverte o autor, embora para nós, ocidentais, tanto as metáforas como os “poderes” sejam igualmente ilusórios enquanto fundamento da eficácia da cura, para os ayoreo o poder implicado nos sarode, bem como a fonte moral que o sustenta, está “continuamente sendo reavaliada” no contexto das relações estabelecidas com o mundo contemporâneo. O que explicaria, portanto, o seu desaparecimento, é justamente a percepção de que não se trata apenas de uma técnica de cura, mas de uma outra forma de operar o conhecimento: “Isso sugere que os Ayoreo não vêem os sarode universalmente eficazes da forma como supõe que seja a medicina ocidental [...]” (RENSHAW, 2006, p. 420)

7 As diferenças entre simbolizações convencionais e diferenciadoras no sentido empregado por Wagner (2010).

Assim, compreender as disputas de legitimidade em contextos onde operam diferentes ontologias produz assimetrias que são percebidas por nós, ocidentais, de forma enviesada, já que nossa compreensão da diferença necessariamente a neutraliza no referente da “cultura”, assimilando o real à biologia e à natureza. Se isso vale para contextos interétnicos ou situações de intermedicalidade (LANGDON, 2004; ARRUTI, 2008), o mesmo se pode dizer das etnografias que lidam com a diversidade religiosa citadina ou rural, “tradicional” ou em suas novas variantes alternativas. Ou seja, é preciso também estar atento quanto a suposições apressadas sobre o que nos é “familiar”, lembrando a conhecida advertência de Gilberto Velho.

Em pesquisa sobre as religiosidades da nova era, por exemplo, observamos a crescente centralidade da dimensão terapêutica, onde os procedimentos e técnicas utilizados constituíam o fundamento da eficácia curativa. (TAVARES, 2012) No entanto, isso não significa que a compreensão da eficácia terapêutica promova sempre arranjos harmoniosos com as práticas biomédicas, como sugerem algumas orientações que as consideram enquanto “terapêuticas complementares”, disponibilizadas atualmente no âmbito do sistema público de saúde. Na verdade, em muitas situações costuma ocorrer o que Viveiros de Castro (2002) chamou de “desacordos homônimos” para advertir quanto às diferenças que são travestidas pela suposição que estamos todos a falar das mesmas coisas.

Por outro lado, a visibilidade social dessas terapias vem produzindo um “transbordamento” de suas fronteiras para novos contextos religiosos que não os de seus grupos de origem (camadas médias urbanas), configurando um indicador da legitimidade social que a dimensão terapêutica vem adquirindo em diferentes contextos religiosos. Esse processo parece ser especialmente visível na umbanda, mas também pode ser observado no catolicismo de variante carismática e entre certas denominações evangélicas. Já no candomblé, o reconhecimento da eficácia terapêutica das “folhas”, mais ampla que a terapêutica farmacológica, implica que doenças e infortúnios

são passíveis de tratamento ou, como salienta Ordep Serra (2008, p. 107): “um desconforto que as folhas permitem remover”. No entanto, isso não significa dizer que a eficácia das “folhas” se localiza apenas no contexto ritual: nesse caso é a noção de terapêutica que se alarga, produzindo especificidades nas relações entre eficácia terapêutica e ritual.

Enfim, a compreensão dos processos de cura e saúde não é inequívoca quanto aos regimes de conhecimento em que se ancoram os procedimentos terapêuticos e seus efeitos, configurando bons problemas para futuras etnografias. A investigação deve lidar com concepções diversas quanto à “natureza” dos procedimentos mobilizados (que não deve ser confundida com preocupações cognitivas ou de “racionalidade”, mas ontológicas); quanto ao delineamento do domínio corporal do paciente (até onde se estende esse “ambiente”); quanto às “capacidades” do terapeuta (condições e *performances* de sua intervenção).

REFERÊNCIAS

ARRUTI, J. M. Políticas públicas para quilombos: um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da Saúde. *Tempo e Presença Digital*, Rio de Janeiro, Ano 3, n. 11, jul. 2008.

CARNEIRO DA CUNHA, M. I. Relações e dimensões entre saberes tradicionais e saber científico. *Revista USP*, São Paulo, n. 75, p. 76-84, set./nov. 2007.

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

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995.

HOUSEMAN, M. Relationality. In: KREINATH, J.; SNOEK, J.; STAUSBERG, M. (Ed.). *Theorizing rituals: classical topics, theoretical approaches, analytical concepts, annotated bibliography*. Leiden: Brill, 2006.

HOUSEMAN, M.; SEVERI, C. *Naven ou Le donner à voir*. Paris: CNRS; Éditions: La Maison des sciences de l'homme, 1994.

HUMPHREY, C.; LAIDLAW, J. The archetypal actions of ritual: a theory of ritual illustrated by the jain rite of worship. Oxford: Clarendon Press, 1994.

KELLY, J. A. Notas para uma teoria do “virar branco”. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 201-234, 2005.

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

LATOURETTE, B. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2006.

LATOURETTE, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre ciência. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (Org.). *Objectos impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008. p. 39-61.

LATOURETTE, B. *Reflexão sobre o culto modernos dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: EDUSC, 2002.

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

MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press, 2003.

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

RENSHAW, J. “A eficácia simbólica revisitada”: cantos de cura ayoreo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 393-427, 2006.

SERRA, O. O encanto das folhas. In: CAROSO, C. (Org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica*. Salvador: UFBA, 2008. p. 103-118.

SEVERI, C. *Le principe de la chimère: une anthropologie de la mémoire*, Paris: Musée du quai Branly, 2007.

- SEVERI, C. Memory, reflexivity and belief: reflections on the ritual use of language. *Social Anthropology*, Cambridge, v. 10, n. 1, p. 23-40, 2002.
- SMITH, P. Aspects de l'organisation des rites. In. IZARD, M.; SMITH, P. (Org.). *La Fonction symbolique: essais d'anthropologie*. Paris: Gallimard, 1979. p. 139-170.
- STRATHERN, M. *O Gênero da dádiva*. Campinas: Editora Unicamp, 2006.
- TAVARES, F. *Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos*. Salvador: EDUFBA, 2012.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.
- WAGNER, R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

Sobre os autores

CAROLINA SANTANA

Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia. Atualmente, como doutoranda deste mesmo programa, desenvolve projeto de tese intitulado *Cuidadores de idosos: novas relações de cuidado na família*.

CECILIA MCCALLUM

Doutora em Antropologia Social pelo University of London. Especialista em etnologia indígena e gênero, também realiza estudos em antropologia urbana e sobre corpo e saúde. É professora de antropologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pesquisadora do MUSA, o Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Ensina no Programa de Pós-Graduação em Antropologia e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA.

CERES VICTORA

Doutora em Antropologia pela Brunel University (1996). Atua como professora e pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculada ao Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde. Tem experiência na área de Antropologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: corpo,

gênero, saúde, sofrimento social e ética. É vice-secretária de Relações Internacionais da UFRGS.

DANIELA RIVA KNAUTH

Doutora em Etnologia e Antropologia Social - *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (1996). Atualmente é professora associada do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando também como docente e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Tem experiência na área de Antropologia do Corpo e da Saúde e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: sexualidade, saúde reprodutiva, AIDS, gênero e juventude.

EDUARDO ZANELLA

Bacharel em Ciências Sociais (2011) e mestre em Antropologia Social (2014) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dedicase, entre outros temas, à questão do consumo de substâncias psicoativas, com pesquisa sobre os conhecimentos médico-científicos em torno desta prática. É pesquisador-colaborador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos e do grupo de pesquisa Ciências na Vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas.

ELEONORA BACHI COELHO

Mestranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui bacharelado em Ciências Sociais pela UFRGS, graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil e especialização na área de Psicologia Social e Institucional. Sua pesquisa está vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS.

FABÍOLA ROHDEN

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2000. Atualmente é professora adjunta do Departamento de Antropologia e coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de pesquisadora associada do Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. É pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e líder do grupo de pesquisa Ciências na vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas.

FÁTIMA TAVARES

Doutora em Ciências Humanas (Antropologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atua como professora do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Trabalha com as temáticas da religião e da saúde e, mais recentemente, com festas e sociabilidades.

FRANCESCA BASSI

Doutora em Antropologia pela Université de Montréal (Canadá) e bolsista PRODOC/CAPES de pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integra o grupo de pesquisa Encruzilhada de Saberes: Cultura, Corpo e Ambiente do Departamento de Antropologia da UFBA. Tem publicado sobre religiões afro-brasileiras e sobre eficácia ritual e terapêutica.

GREICE MENEZES

Graduada em Medicina e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participa como pesquisadora do MUSA, o Programa Integrado em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

JULIANA MACEDO

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente atua como pesquisadora associada ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde. Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: HIV/AIDS, risco e vulnerabilidade, aborto e morte.

LUCIANO VON DER GOLTZ VIANNA

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2010 e mestrado em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na UFRGS (2013). Atualmente cursa doutorado no PPGAS da Universidade Federal de Santa Catarina.

LUISA ELVIRA BELAUNDE

Doutora em Antropologia pela Universidade de Londres e professora adjunta no Museu Nacional da Universidade Federal de Rio de Janeiro. É especialista em etnologia indígena e tem pesquisado questões de gênero e vida reprodutiva em diversos contextos rurais e urbanos.

MARCOS VINÍCIO DE SANTANA PEREIRA

Mestre e licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente, é professor assistente com dedicação exclusiva pela Universidade Estadual do Piauí.

MARINA GUIMARÃES VIEIRA

Professora adjunta do departamento de Antropologia e Etnologia da Universidade Federal da Bahia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia na mesma instituição. Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais, mestrado e doutorado em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente realiza pesquisa junto ao povo indígena Tikmuun (Maxakali), habitante do vale do Mucuri, Minas Gerais. Tem experiência de pesquisa junto a povos indígenas e populações tradicionais.

MONALISA DIAS DE SIQUEIRA

Mestre em Sociologia (2009) pela Universidade Federal do Ceará. É doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, da UFRGS, do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cultura, Gênero e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da UFSM.

NÚBIA BENTO RODRIGUES

Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia. Interessa-se pelos estudos de Antropologia do corpo e da biotecnologia e da ficção científica.

ONDINA FACHEL LEAL

Professora titular do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É PhD em Antropologia (University of California, Berkeley 1986). Pós-Doutorado na área de Antropologia

Médica, Havard Medical School, Harvard University (1997). Tem trabalhos publicados na área de gênero, sexualidade, saúde reprodutiva, saúde ocupacional e propriedade intelectual.

ROBERTA GRUDZINSKI

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de antropologia, com interesse especial em antropologia da saúde, antropologia da ciência, práticas de justiça e cidadania. É também integrante do grupo de pesquisa Ciências na vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas.

RODRIGO TONIOL

Realizou doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É pesquisador associado ao Núcleo de Estudos da Religião da UFRGS e ao grupo de pesquisa Ciências na vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas. Desenvolve pesquisas nas áreas de religião, espiritualidade, ciência, corpo, saúde.

ULLA MACEDO

Possui mestrado em ciências sociais, com concentração em Antropologia, pela Universidade Federal da Bahia. Realizou pesquisas nas áreas de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, em distintos contextos etnográficos. Atualmente é analista da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

YGOR DIEGO DELGADO ALVES

Possui mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1998. Atua como docente do nível superior desde 1997. Também é doutorando no Programa de Pós-Graduação

em Antropologia da Universidade Federal da Bahia. No momento, realiza pesquisa e observação participante entre usuários de crack na região central da cidade de São Paulo.

Formato: 149,5 x 230mm
Tipo do texto: Leitura
Impressão do miolo: EDUFBA
Papel do miolo: Alta Alvura 75g/m²
Capa e acabamento: Cian Gráfica
Papel da capa: Cartão Supremo 300g/m²
Tiragem: 400 exemplares

