

Sônia Weidner Maluf
Érica Quinaglia Silva
organização

ESTADO, POLÍTICAS E AGENCIAMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE

Etnografias comparadas



ESTADO, POLÍTICAS E
AGENCIAMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE:
etnografias comparadas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Ubaldo Cesar Balthazar

Vice-Reitora

Catia Regina Silva de Carvalho Pinto

EDITORA DA UFSC

Diretora Executiva Interina

Flavia Vicenzi

Conselho Editorial

Agripa Faria Alexandre

Antonio de Pádua Carobrez

Carolina Fernandes da Silva

Evelyn Winter da Silva

Fábio Augusto Morales Soares

Fernando Luís Peixoto

Ione Ribeiro Valle

Jeferson de Lima Tomazelli

Josimari Telino de Lacerda

Luis Alberto Gómez

Marília de Nardin Budó

Núbia Carelli Pereira de Avelar

Priscila de Oliveira Moraes

Sandro Braga

Vanessa Aparecida Alves de Lima

COMITÊ EDITORIAL DA COLEÇÃO BRASIL PLURAL

Vânia Zikán Cardoso (Coordenadora da Coleção)

Alicia Castells

Esther Jean Langdon

Márcia Grisotti

COMITÊ GESTOR DO INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA BRASIL PLURAL

Deise Lucy Montardo (UFAM)

Eliana Elisabeth Diehl (UFSC)

Esther Jean Langdon (UFSC)

Sônia Weidner Maluf (UFSC)

Vânia Zikán Cardoso (UFSC)

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

88040-900 – Florianópolis-SC

Fone: (48) 3721-9408

editora@contato.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Sônia Weidner Maluf
Érica Quinaglia Silva
organização

**ESTADO, POLÍTICAS E
AGENCIAMENTOS SOCIAIS
EM SAÚDE:
etnografias comparadas**

© 2021 (e-book) Editora da UFSC [Nota do Editor = mesmo conteúdo]
© 2018 (impresso)

Coordenação editorial:

Cristiano Tarouco

Capa e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Guilherme May

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

E79 Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde [recurso eletrônico] : etnografias comparadas / Sônia Weidner Maluf, Érica Quinaglia Silva, organização. – Florianópolis : Editora da UFSC, 2021. 285 p. : il. – (Coleção Brasil Plural)

E-book (PDF)

Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-033-9>

ISBN 978-65-5805-033-9

1. Antropologia. 2. Antropologia política. 3. Saúde pública.
4. Políticas públicas. I. Maluf, Sônia Weidner. II. Quinaglia Silva, Érica. III. Série.

CDU: 391.01

Ficha catalográfica elaborada por Fabrício Silva Assumpção – CRB-14/1673



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

br.creativecommons.org

Sumário

Apresentação

Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde7

Sônia Weidner Maluf

Érica Quinaglia Silva

◆ PARTE I ◆

Práticas do Estado, instituições, serviços, políticas públicas em saúde

- ◆ Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil14
Sônia Weidner Maluf
- ◆ Gênero, raça e loucura: o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal 44
Érica Quinaglia Silva
Josenaide Engracia dos Santos
Mônica Oliveira da Cruz
- ◆ Dentre muros: a trajetória de um hospital psiquiátrico59
Michelle Camargo
- ◆ “Especiais” e “rebeldes”: práticas governamentais da gestão da pressão alta em um bairro popular do Distrito Federal84
Soraya Fleischer
- ◆ Negociações do corpo: reflexões sobre o acesso ao aborto legal em uma maternidade potiguar 117
Maynara Costa
Rozeli Porto

- ◆ Os muros do Estado: dos limites da política reparatória aos atingidos pela hanseníase 141
Gláucia Maricato

◆ PARTE II ◆

Agenciamentos e experiências sociais
em saúde

- ◆ “Doença dos magros”: mobilização social e busca por reconhecimento envolvendo uma síndrome rara no Rio Grande do Norte164
Jociara Alves Nóbrega
- ◆ “Eu tô fazendo certo, tô não?": envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado183
Marcia Reis Longhi
- ◆ Ajuda mútua, comunidade terapêutica e a regulação moral dos adictos.....199
Rosa Virgínia Melo
- ◆ Efeitos ontológicos ao feito antropológico: consequências de uma etnografia em um hospital psiquiátrico 223
Mário Eugênio Saretta
- ◆ Loucura e doença mental no contexto da política pública de saúde mental no Brasil246
Ana Paula Müller de Andrade
- ◆ “Um corpo mar gerado, mar formado, é um corpo doente, sim senhora”: os resguardos de corpo e de boca e a construção de corpos saudáveis no Baixo Amazonas..... 258
Maria Audirene de Souza Cordeiro
Deise Lucy Oliveira Montardo

Sobre as autoras281

Apresentação

Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde

Sônia Weidner Maluf
Érica Quinaglia Silva

Nos últimos anos, as pesquisas antropológicas sobre políticas públicas e especificamente sobre políticas públicas no campo da saúde tiveram um crescimento considerável no Brasil, acompanhando de certo modo uma expansão significativa das políticas sociais e das políticas de saúde no país.

Pesquisadoras/es e ativistas da área têm identificado o marco dessas políticas na Constituição de 1988, que busca formalizar alguns dos princípios da reforma sanitária brasileira, estabelecendo o direito universal à saúde, tanto no artigo 6º, que define como direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”,¹ quanto de forma específica em toda a sua seção II (Da Saúde). O artigo 196 estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Já o artigo 198 estabelece o sistema único de saúde: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Foi no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desfecho de um longo

¹ Cf. a redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015.

processo que se inicia com a discussão da reforma sanitária brasileira e que tem na Constituição de 1988 a definição de seus princípios gerais, que as políticas públicas de saúde se realizaram no país nas últimas décadas.²

Essa contextualização histórica ajuda a situar os caminhos dos estudos antropológicos no campo da saúde no Brasil, que, além de enfatizarem questões clássicas da pesquisa etnográfica, como o foco nas práticas e nos saberes locais, também se debruçaram, mais recentemente, sobre as políticas públicas, sobre o cotidiano dos serviços e das instituições, buscando compreender as políticas em saúde a partir da proposta do Estado “visto de baixo”. Outros trabalhos, ainda, têm priorizado uma abordagem da ciência e da tecnologia biomédicas e de todos os agentes envolvidos nos processos de adoecimento e cura, incluindo os agentes causadores de doenças.

A convergência dessas diferentes perspectivas potencializa a pesquisa etnográfica, sobretudo quando feita no que podemos denominar de uma certa zona de confluência entre as práticas do Estado, a ciência e as políticas públicas, de um lado, e os sujeitos sociais, práticas e saberes locais, de outro.

Os artigos desta coletânea representam pesquisas recentes no campo da antropologia da saúde e foram reunidos em torno dessa perspectiva de confrontar experiências, agenciamentos³ sociais e resistências diante de práticas estatais de gestão da vida, traduzidas em políticas públicas de saúde. Eles estão organizados em torno de dois eixos centrais, que compõem as duas partes do livro.

O primeiro eixo, articulado pela *Parte I – Práticas do Estado, instituições, serviços e políticas públicas em saúde*, se estrutura em torno da abordagem das diferentes dimensões que envolvem as ações do Estado, como políticas públicas de modo geral, serviços e redes de atendimento, instituições, políticas de universalização e acesso, protocolos, entre outras. A perspectiva dessas etnografias é a de pensar o Estado em suas práticas, em seus mecanismos disciplinadores, em sua perspectiva universalista, em seus modos desiguais de distribuição

² É preciso, no entanto, atentar para a distinção entre o que é previsto como princípios de uma saúde pública e universal na Constituição e o que se realizou na prática. De todo modo, o SUS é tomado como modelo de uma política exemplar de saúde pública.

³ Utilizamos o conceito de agenciamento social não para substituir a ideia de agência, ação ou prática social, mas para compreender essas práticas como constituídas por diferentes atravessamentos, cruzados por diferentes linhas de força, ou seja, como campos de força permeados por relações de poder.

de direitos, e de tentar perceber as dialéticas entre cuidado e controle, dependência e autonomia etc.

O segundo eixo, articulado pela *Parte II – Agenciamentos e experiências sociais em saúde*, aborda as práticas sociais em torno de adoecimento e cura e do autocuidado, as resistências, os saberes locais e tradicionais e diferentes agenciamentos sociais e políticos que atravessam as práticas e os saberes. O objetivo é problematizar a relação entre a produção da verdade e as estratégias de sujeitos e coletividades para vivenciar e agenciar processos de saúde-adoecimento.

Esses dois aspectos, centrais hoje nos trabalhos contemporâneos em antropologia da saúde, são atravessados por um terceiro aspecto, que é o do fazer etnográfico como ferramenta para refletir sobre experiências sociais e políticas públicas no contexto da saúde mental, da saúde sexual e reprodutiva, de práticas corporais de higiene, da alimentação, entre outras temáticas.

Assim, compondo a *Parte I – Práticas do Estado, instituições, serviços, políticas públicas em saúde*, o texto de Sônia Weidner Maluf reflete sobre as políticas sociais no Brasil, especificamente no contexto da reforma psiquiátrica, e os modos como o Estado se coloca frente às demandas sociais. A biolegitimidade aparece como um dispositivo de produção de direitos e de acesso às políticas públicas que se articula com um contexto mais amplo de deslocamento do político, com ênfase nos processos de patologização, medicalização ou biologização das experiências sociais. Nessa reflexão, a autora cita particularmente uma pesquisa realizada junto a mulheres moradoras de bairros da periferia de Florianópolis, em Santa Catarina, em que abrange dimensões sociais e históricas das experiências delas, para além da atuação do Estado.

Gênero e saúde mental, associados à raça, também são temáticas abordadas por Érica Quinaglia Silva, Josenaide Engracia dos Santos e Mônica Oliveira da Cruz, que questionam, a partir de uma pesquisa realizada sobre a medida de segurança no Distrito Federal, uma sanção penal aplicada a pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei, até que ponto o avanço no discurso se reflete nas políticas efetivas de saúde mental para as mulheres. A referida sanção, que, por lei, deveria visar ao tratamento, na prática, ao lançar sobre essas pessoas a marca da periculosidade, tem justificado o enclausuramento e o abandono perpétuos em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico.

Em uma reflexão que passa igualmente as discussões sobre gênero e saúde mental, Michelle Camargo realiza uma etnografia de

memórias concernentes à biografia de Benedita Fernandes, a fim de compreender o protagonismo feminino na construção de associações filantrópicas e na criação das primeiras políticas públicas em saúde mental no estado de São Paulo. A trajetória dessa mulher confunde-se com aquela do hospital que carrega o seu nome e onde foi realizado o referido trabalho.

Soraya Fleischer, por sua vez, abrange as práticas governamentais da gestão da pressão alta e os agenciamentos de mulheres diante de uma tipologia moral que as classifica como “rebeldes” ou “especiais”, a depender da submissão ao controle exercido não somente sobre a pressão, como também sobre as próprias mulheres em um centro de saúde localizado em um bairro popular do Distrito Federal.

Já Maynara Costa e Rozeli Porto analisam as representações dos profissionais de saúde sobre as práticas de aborto legal em uma maternidade de referência na capital do Rio Grande do Norte, verificando os usos e desusos que esses sujeitos fazem da objeção de consciência, um direito que os desobriga a realizar procedimentos que (inter)firmam (em) suas convicções pessoais, morais ou religiosas. Também aqui transparece o controle sobre as mulheres que recorrem aos serviços de saúde para a atenção aos seus direitos. Há nesse espaço uma “vigilância contra o engano” para comprovar a verdade da violência sofrida por elas e, então, autorizar a interrupção da gestação conforme legalmente previsto.

Por fim, Gláucia Maricato reflete acerca das negociações em torno do reconhecimento das pessoas atingidas pela hanseníase e compulsoriamente internadas em leprosários no Brasil do século XX enquanto sujeitos de direito à reparação estatal. Nesse contexto, as políticas de saúde, que se configuraram como políticas de isolamento e segregação, passam a ser encaradas como um crime de Estado, ao qual cabe repará-las. Quanto à política reparatória, ela limitou o reconhecimento desse direito apenas àqueles que se enquadraram em uma determinada noção congelada sobre o Estado e suas ações, excluindo, mais uma vez, diversas pessoas que estiveram isoladas em regime domiciliar e seringais ou que foram internadas por “motivos sociais” ou “levadas pelos pais”, e não à força. Essa política é sentida, portanto, como mais uma medida de distribuição desigual de direitos por parte do Estado.

O texto que abre a *Parte II – Agenciamentos e experiências sociais em saúde*, de Jociara Alves Nóbrega, reporta-se a uma mobilização social e política iniciada no final dos anos 1980 concernente ao reconhecimento de uma identidade biossocial protagonizada pelas mães de pessoas com

a rara síndrome de Berardinelli no estado do Rio Grande do Norte. A autora enfatiza as interlocuções entre essas mulheres e os saberes médicos para acessar direitos sociais. Nesse contexto, a luta pelo reconhecimento biossocial ocorre mediante manifestações capilares de poder, acionadas para além das e concomitantemente às ações do Estado.

Marcia Reis Longhi realiza uma pesquisa etnográfica sobre o tema do cuidado e os agenciamentos sociais que atravessam a atuação do Estado em um “postinho” na comunidade de Nossa Senhora da Guia, no município de Lucena, mais precisamente no distrito de Costinha, na Paraíba, e descreve as estratégias de pessoas idosas para lidar com o envelhecimento.

Já a pesquisa etnográfica de Rosa Virgínia Melo é feita em salas de ajuda mútua e na comunidade terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, voltadas para dependentes químicos ou adictos, no Distrito Federal. Nesse contexto, mostra as disputas por espaços de legitimidade de discursos e práticas que borram as fronteiras do Estado laico, a partir de experiências religiosas e espirituais e tecnologias de cuidado de si.

Em seu texto, Mário Eugênio Saretta analisa a instituição psiquiátrica – no caso, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), localizado na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul – a partir das pessoas na situação de pacientes. O autor busca problematizar os limites da produção da diferença, através de uma visão descentrada dos saberes majoritários (biomédicos, psicológicos e burocráticos), resgatando as narrativas de uma pessoa, Sol, e colocando sob tensão a capacidade antropológica de contribuir com a sustentação de modos de existência divergentes e os limites da simetriação antropológica.

Também nessa perspectiva de descentramento dos saberes centrais, Ana Paula Müller de Andrade discute as categorias “loucura” e “doença mental” por meio de uma pesquisa etnográfica desenvolvida em um CAPS da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul. A partir de provocações de Matias e Marcos, sujeitos usuários desse serviço, a autora aponta para estratégias de luta e resistências aos saberes instituídos. Reflete, ainda, sobre os processos de desinstitucionalização decorrentes da política pública de saúde mental e a construção de outro lugar social para a loucura.

Finalmente, Maria Audirene Cordeiro e Deise Lucy Oliveira Montardo apresentam os resultados de uma pesquisa etnográfica sobre as práticas não biomédicas de cura na zona urbana de Parintins, no Amazonas. Ao abordar os cuidados no pré e pós-parto adotados pela

população local, os “resguardos de corpo e de boca”, ou seja, as interdições feitas às mães e aos pais como procedimentos para a construção de corpos saudáveis, as autoras evidenciam a existência de uma rede invisibilizada de cura na cidade. Mostram, ainda, as estratégias usadas para driblar a assistência imposta pelos agentes do SUS aos recém-nascidos.

A articulação desses dois eixos visa a pensar os desafios e os diálogos possíveis entre a antropologia e o Estado, em relação às políticas públicas e aos agenciamentos sociais no campo da saúde. Para além dos mecanismos disciplinadores e discricionários do Estado, busca-se, assim, atentar para os agenciamentos sociais nas vivências dos processos de saúde-adoecimento. A proposta se estende, ainda, à compreensão das resistências e lutas pelas demandas de acesso a políticas de saúde que contemplem as necessidades e especificidades sócio-econômico-culturais dos sujeitos, comunidades e populações que são alvo dessas políticas.

Por fim, agradecemos ao CNPq, que, através da Chamada Universal 14/2013, tornou viável a publicação desta coletânea.

PARTE I



Práticas do Estado,
instituições, serviços,
políticas públicas
em saúde



Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil¹

Sônia Weidner Maluf

1 Introdução

Este capítulo procura trazer uma reflexão sobre um aspecto cada vez mais presente nas políticas sociais contemporâneas: a biolegitimidade como um dispositivo de produção de direitos, de reconhecimento e de acesso a serviços e atendimento por parte do Estado, e também como meio de reivindicação e de conquista de direitos. Apesar da amplitude das questões que podem ser abordadas através desse conceito, o foco deste capítulo são as políticas de saúde mental no Brasil no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, particularmente aquelas dirigidas às mulheres. Se, por um lado, a Reforma Psiquiátrica tem como princípios os direitos humanos dos doentes e dos pacientes psiquiátricos, assim como a democratização e a universalização do acesso à saúde, por outro, em diversos de seus aspectos essas mesmas políticas reproduzem o dispositivo da biolegitimidade. Vou discutir neste capítulo duas dessas dimensões: o modo como certos sujeitos são pensados e descritos nos

¹ Uma versão deste capítulo foi publicada na revista *Vibrant*, com o título “Biolegitimacy, rights and social policies: new biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil” (v. 12, n. 1, p. 321-350, 2015).

documentos governamentais como mais vulneráveis a problemas de ordem psicossocial e o lugar que ocupam os medicamentos nas políticas de democratização e universalização. Esse deslocamento de demandas e direitos sociais e econômicos para o que genericamente podemos denominar de “direito à vida”, visível nos processos de medicalização e psiquiatrização do sofrimento e das demandas sociais, estabelece parâmetros de legitimação dessas demandas que esvaziam em grande parte seus sentidos políticos. Trata-se, ainda, de um processo de deslocamento político de mão dupla, não restrito ao âmbito do Estado e de suas ações, mas presente nos enunciados científicos, na produção tecnológica e nas plataformas de movimentos sociais e de pressão, assim como nos agenciamentos individuais e coletivos em relação à luta por direitos, justiça e reconhecimento.

2 Biogitimidade e biopolítica

Em sua formulação do conceito de biogitimidade, Didier Fassin parte da constatação de que o direito à vida se tornou prioritário na pauta dos direitos humanos, em relação aos direitos sociais e econômicos. Fassin situa e problematiza a potência moral desse “direito à vida” (expresso no artigo 3º da Declaração dos Direitos Humanos de 1948), contraposta a uma crescente “debilidade moral” dos direitos sociais e econômicos (previstos no artigo 22 da mesma Declaração), como uma contingência histórica e contemporânea. Desse modo, haveria uma inversão de prioridades no campo político e moral contemporâneo, em que o direito à vida se tornaria mais importante que os direitos sociais e econômicos e se imporia inclusive em detrimento destes. Essa diferença entre as duas perspectivas ele denomina de “conflito de duas comunidades éticas que têm uma legitimidade desigual” (FASSIN, 2010, p. 193).

Os exemplos desse deslocamento ou inversão de prioridades no campo do político são numerosos, e o autor se debruça sobre alguns casos etnográficos, entre eles o aumento expressivo das concessões de asilo para tratamento terapêutico na França, concomitantemente ao declínio da concessão de asilos de caráter político (FASSIN, 2005).

Outro caso discutido por Fassin é o da controvérsia nas políticas de prevenção e tratamento da AIDS na África, em que a comunidade médica e dos especialistas, defensores do direito à vida dos pacientes soropositivos e à urgência de tratamento, se contrapõe às políticas

governamentais e aos gestores das políticas de saúde, que têm como foco questões como a gestão do sistema de saúde e a distribuição equitativa do direito à saúde, ou seja, questões relacionadas a direitos sociais e econômicos (FASSIN, 2010).

A questão central para o autor é que “a vida humana se tornou o valor mais legítimo sobre o qual o mundo contemporâneo fundamenta o pensamento dos direitos humanos” (FASSIN, 2010, p. 201).

Se, por um lado, a centralidade da vida na política moderna já havia sido descrita por Foucault em sua formulação do conceito de biopolítica, Fassin e outros autores, como Giorgio Agamben, têm discutido como, a partir da segunda metade do século XX, essa dimensão se torna o fundamento para se pensar a política.

Considero o conceito de biogitimidade particularmente útil para pensar sobre alguns aspectos das políticas sociais no Brasil e sobre os modos como o Estado se coloca frente às demandas sociais e sobre como as demandas sociais incorporam essas novas formas de legitimação. Entre alguns exemplos ligados às pesquisas que venho coordenando ou orientando, cabe citar o alargamento dos campos do patológico e da medicamentação no contexto das políticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que vou explorar mais detidamente neste capítulo; o reconhecimento pelo Estado das demandas de determinados sujeitos sociais mediante seu autorreconhecimento como portadores de um transtorno (por exemplo, os direitos ligados às chamadas “identidades de gênero” de sujeitos transgênero, que, para terem o direito à cirurgia intersexos reconhecido, devem ser diagnosticados como portadores de transtorno de identidade de gênero); a adoção de controles medicamentosos de crianças e jovens como política de infância e juventude, nas escolas e nos abrigos e instituições de menores² etc.

Contudo, esse dispositivo se estende para além do Estado, chegando aos próprios movimentos e grupos de pressão por direitos, como é o caso da luta pelos direitos de pessoas transgêneros e da centralidade dada à intervenção biomédica ou medicamentosa, seja através de hormônios ou de cirurgias de mudança de sexo. Outro exemplo são os movimentos e pressões individuais ou coletivas de pacientes pelo “direito à saúde”, traduzido na demanda de acesso

² Sobre diagnóstico e medicalização de crianças no campo da saúde mental, cf. Brito (2014), Souza (2013) e os trabalhos de Fernando Moura sobre diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em escola pública e de Maria Fernanda Salvadori Pereira sobre diagnóstico de depressão em crianças.

gratuito a medicamentos de alta tecnologia ou aos mais avançados tratamentos existentes.³

De modo geral, a biogitimidade como um dispositivo de produção de direitos e de acesso às políticas públicas se articula com um contexto mais amplo de deslocamento do político, que alguns autores têm analisado a partir de diferentes perspectivas, com ênfase nos processos de patologização, medicalização ou biologização das experiências sociais, sobretudo no que diz respeito à produção de políticas públicas e às ações do Estado no campo dos direitos e da cidadania.⁴ Um dos efeitos desse deslocamento é a extensão dos domínios do patológico para o campo das políticas sociais e do reconhecimento, por meio do qual

³ Cf., sobre o tema, Ferraz (2009) e Vieira (2009). Um caso recente envolvendo um preso brasileiro na Indonésia, acusado de tráfico de drogas, é emblemático também da biogitimidade como modo de justiça. Durante alguns dias, a mídia brasileira noticiou que a única possibilidade de que ele escapasse da pena de morte era o diagnóstico de esquizofrenia que recebera de um psiquiatra indonésio, o que impediria a execução pelas leis do país (publicado no *site* G1, da Globo, em 12/2/2015: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/02/laudo-de-medico-indonesio-pede-internacao-de-imediata-de-brasileiro.html>>. Acesso em: 3 mar. 2015).

⁴ Além dos processos de biogitimização e de biogitimidade analisados por Didier Fassin (2005, 2010), esse deslocamento do político tem sido analisado em diferentes perspectivas, algumas eventualmente discordantes entre si: a psiquiatrização dos conflitos e da experiência da violência (FASSIN; RECHMAN, 2011), a “biologização da pobreza” (GOWAN, 2012, entre vários outros autores), a medicalização dos sem-teto (*idem*) e mesmo em abordagens mais amplas da política contemporânea, sobretudo por meio das leituras recentes das biopolíticas de Foucault em autores como Agamben (2002) e Roberto Esposito (2006). Paul Rabinow e Nicolas Rose têm investido em compreender as transformações no biopoder através das novas biotecnologias, apontando para o que seria a “individualização de estratégias biopolíticas” (ROSE; RABINOW, 2006, p. 38). Nicolas Rose faz uma crítica ao que ele chama de “pessimismo” da sociologia crítica, considera os conceitos de medicalização e biologização ultrapassados e insuficientes para explicar certos fenômenos contemporâneos e assume outra perspectiva (ROSE, 2007, 2013). O autor se mostra bastante otimista em relação às novas tecnologias biomédicas e aos novos psicofármacos como modos de instaurar uma “cidadania biológica”, em diálogo com o conceito de biossocialidade, de Paul Rabinow. Para Rose, estamos vivendo uma nova “ética somática” e a possibilidade de uma “política da vida em si mesma” (ROSE, 2013, p. 67). Apesar de considerar suas ressalvas pertinentes, penso que em alguns momentos o autor adere um tanto facilmente e acriticamente a uma perspectiva ditada pelas biotecnologias e tenho a impressão de que o que ele define como política da vida em si, ou política da própria vida, é uma perspectiva que acaba esvaziando suas dimensões. Nesse sentido, considero o conceito de biogitimidade mais adequado para pensar essas novas formas de cidadania e acesso a direitos, resgatando as dimensões críticas e políticas pressupostas nessa noção.

a legitimidade das demandas e reivindicações de grupos, populações, comunidades ou sujeitos sociais passa pelo crivo do reconhecimento de um transtorno, disfunção, doença ou algum tipo de especificidade ou diferença biológica. Nesse processo, a biolegitimidade e o “direito à vida” se tornam o fator determinante para o reconhecimento das demandas e dos direitos que sustentam essas políticas sociais. Os desdobramentos dessa dinâmica, inclusive em relação aos instrumentos de análise, são os mais diversos e complexos, e entre eles está a questão de o quanto esse processo representaria um novo regime biopolítico.

Em sua reflexão sobre o conceito de biolegitimidade e o imperativo do direito à vida nas políticas contemporâneas, Didier Fassin considera que a vida em si foi um aspecto não desenvolvido por Michel Foucault em sua discussão sobre biopolítica.⁵ A vida e as políticas da vida são um dos eixos da retomada contemporânea de Foucault e de autores como Georges Canguilhem, Walter Benjamin e Hanna Arendt, através de noções como “vida em si”, “vida mesmo”, “mera vida”, “própria vida”, “vida em si mesma”, “vida nua”, “*bios e zoe*” e “vida precária” (CANGUILHEM, 1966; FASSIN, 2006; ROSE, 2013; AGAMBEN, 2002; BENJAMIN, 2012; ARENDT, 1961; ESPOSITO, 2006; BUTLER, 2006).

Minha questão neste capítulo não é propriamente a discussão sobre a vida, mas sobre os efeitos concretos desses novos regimes biopolíticos e os modos de subjetivação engendrados pelas biopolíticas contemporâneas. Meu argumento é o de que a biolegitimidade, enquanto dispositivo que informa práticas de governo, políticas públicas e mesmo demandas sociais, pode ser tomada como efeito e como figura dessas novas biopolíticas.

Desde seus primeiros enunciados do conceito em uma palestra no Brasil sobre “O nascimento da medicina social”, em 1974, posteriormente publicada em *Microfísica do poder* e em *A vontade de saber*, de 1976, Foucault desenvolve o conceito de biopolítica ao longo de seus cursos e trabalhos publicados, não apenas de maneira cumulativa, mas também efetuando transformações nessa noção em direção à sua ampliação para além do campo da medicina social, para chegar à política da população e, finalmente, ao neoliberalismo.

Foucault descreve a emergência do biopoder em contraste com o poder soberano, exercido a partir do direito de vida e de morte do

⁵ “Ni la anatomo-política, que concierne a la disciplina del cuerpo, ni la biopolítica, que despliega la regulación de las poblaciones, abordan de manera central la cuestión de la vida” (FASSIN, 2010, p. 200). Cf. también Fassin (2006).

soberano sobre seus súditos.⁶ Essa transição é descrita não a partir de mudanças na teoria política, mas de mudanças “no nível dos mecanismos, das técnicas, das tecnologias de poder” (FOUCAULT, 2005, p. 288). Em seu livro sobre o nascimento da prisão, *Vigiar e punir*, ele enfatiza a emergência de uma dimensão do biopoder, o poder disciplinar, ou anatomopolítica, dirigido aos corpos e indivíduos. A outra dimensão do biopoder será desenvolvida em seus trabalhos posteriores, principalmente no tríptico formado por seus cursos no Collège de France *Território, segurança e população*, *Em defesa da sociedade* e *Nascimento da biopolítica*, em torno do conceito de biopolítica como a política voltada à população e da população como problema político.

Uma ressalva é importante em relação a esses dois modos do biopoder: para Foucault, um não substitui o outro; eles se justapõem, se articulam.

Temos, pois, duas séries: a série corpo-organismo-disciplina-instituições; e a série população-processos biológicos-mecanismos regulamentadores-Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organo-disciplina da instituição [...], e, de outro lado, um conjunto biológico e estatal: a bio-regulamentação pelo Estado (1999, p. 298).⁷

Um exemplo é a questão da sexualidade, que estaria na encruzilhada do corpo e da população e dependeria tanto da disciplina quanto da regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 300-301). Outro exemplo dessa articulação, segundo Foucault, é a medicina, “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre os organismos e os processos biológicos, e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (2005, p. 302). Não é por acaso que a medicina – e as políticas médicas e de higiene – acaba ganhando detalhada descrição nos trabalhos de Foucault. Ela está no coração da biopolítica, ao mesmo tempo em que se constitui em uma das biopolíticas (FARHI NETO, 2010). Assim, questões como a higiene

⁶ Uma de suas sínteses dessa transição tornou-se praticamente uma fórmula para distinguir o poder soberano do biopoder: “O direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT, 1999, p. 287).

⁷ Foucault discute também outra justaposição: aquela entre formas de biopoder e o poder soberano, do direito de morte – principalmente quando ele fala do racismo de Estado e do nazismo.

pública e a medicalização da população; os nascimentos e as mortes; problemas de reprodução, tudo o que é referente à vida, do corpo à população, do orgânico ao biológico, assim como o envelhecimento, as doenças e anomalias; aquilo que tira os indivíduos da linha de produção, mas também os problemas da relação dos humanos com seu meio de existência, dos pântanos e das epidemias a eles ligadas (no século XIX) aos problemas da cidade – tudo isso é objeto da biopolítica. Trata-se de uma forma de governo dos corpos, dos indivíduos e das populações.

No curso de 1979, *Nascimento da biopolítica*, em que explora os vários liberalismos e em especial o neoliberalismo, Foucault desenvolve uma outra dimensão da biopolítica, que interessa a esta discussão sobre bioglegitimidade, que é a formação de capital humano como expressão de um regime de subjetivação fundado na forma de empresa, do sujeito como empresário de si mesmo. A produção de subjetividades se torna, assim, o aspecto central do neoliberalismo.

Vou dialogar com duas leituras desse curso e discutir sua importância para a formulação de uma das dimensões do conceito de biopolítica como dinâmica da política capitalista globalizada, ou, na interpretação de Leon Farhi Neto, que escreve sobre as biopolíticas de Foucault (no plural), do neoliberalismo como uma biopolítica, ou como a forma mesma das biopolíticas contemporâneas. Farhi Neto classifica as biopolíticas de Foucault em cinco: a biopolítica da medicina, a da guerra, a do dispositivo da sexualidade, a do pacto de segurança e, finalmente, a biopolítica em relação com a racionalidade econômica.

Para esse autor, que busca fazer uma leitura conservadora, ou seja, mais restrita do conceito de biopolítica, a abordagem do liberalismo e do neoliberalismo empreendida por Foucault em *Nascimento da biopolítica* refere-se a um modo contemporâneo de governamentalidade através da economia, em que a população é governada de forma indireta, com uma presença forte das forças econômicas, do mercado e de privatização da política social. “Biopolítica” seria aqui pertinente para descrever as técnicas neoliberais de governo (FARHI NETO, 2010).

Frédéric Gros também tenta ir além das leituras que veem nesse curso de Foucault, apesar de seu título, uma ausência ou mesmo um abandono da biopolítica. Ele busca estabelecer uma linha de continuidade entre as reflexões anteriores de Foucault em torno das duas formas do biopoder: a anatomopolítica dos corpos e dos indivíduos (representada sobretudo por sua análise da prisão) e a biopolítica das populações.

Gros propõe uma nova definição de biopolítica:

[...] a biopolítica é um conjunto de solicitações pelas quais o indivíduo, no plano de suas potências vitais, é submetido a direções determinadas a fim de intensificar a produção de riquezas e o poder das classes dominantes (2013, p. 38).

O poder disciplinar, por exemplo, seria uma forma de cronopolítica necessária ao capitalismo: “transformar tempo de vida em tempo útil e produtivo” (GROS, 2013, p. 35). Na segunda grande forma de biopoder, segundo Gros, o governo da população se dá através de políticas públicas conduzidas pelo Estado (2013, p. 35). Agora são as “disposições biológicas” da espécie humana que são objeto da ação do Estado (2013, p. 35). A “operação biopolítica” consistiria em despolitizar o sujeito, que se apresenta como sujeito econômico em diferentes modos: como sujeito consumidor, como capital humano e empresário de si mesmo e, por fim, no que seria uma quarta etapa do capitalismo não explorada por Foucault, porque mais recente: a do capitalismo financeiro. Nessa etapa, o sujeito, à semelhança do próprio capital, seria um conjunto de fluxos, mais do que uma identidade estável. É nessa dimensão que Gros delimita melhor sua definição do biopoder (e da biopolítica):

A biopolítica seria assim uma estratégia que visa transformar certas tendências vitais ou traços biológicos fundamentais dos indivíduos ou da espécie humana, com o objetivo de servirem ao reforço de forças econômico-políticas. Com efeito, encontramos para cada forma de capitalismo esse esquema de transformação (GROS, 2013, p. 41).

Mais adiante, o autor afirma: “O capitalismo financeiro nos convida a nos constituir como puro ponto de troca de fluxos de imagens, de informações de mercadorias, etc. [...] uma vetorialização de tendências vitais em vista do aumento de forças econômico-políticas” (2013, p. 41).

Gros menciona, ainda, a recusa de Foucault em contrapor, a esse processo de dominação, de exploração e de captação, os “direitos humanos fundamentais”, calcados em uma “razão metafísica, seja enraizada em uma natureza eterna, seja garantidos por uma transcendência divina” (p. 41). Pensar, com Foucault, que o poder é uma relação é pensar também que “ser apanhado em um processo biopolítico nos dá direitos, entre eles o direito de não aceitar tudo ou de recusar isto ou aquilo”. Esse é o “direito dos governados”, a “resistência biopolítica”, “fazer valer

a vontade de existir de outro modo” (p. 42). Na leitura de Gros, é o próprio liberalismo que proporciona essa possibilidade de resistência, não um liberalismo econômico ou político, mas algo que ele denomina de “liberalismo crítico”, aquele que “alimenta as resistências biopolíticas” (p. 41). Não vou discutir aqui a indagação feita pelo autor em torno do caráter mais ou menos crítico de Foucault ao liberalismo. Interessa-me reter a discussão feita por Foucault em torno do capital humano e de como as biopolíticas contemporâneas, que vão muito além do Estado – Foucault descreve no *Nascimento da biopolítica* uma retração do Estado, em que o *laissez-faire* do liberalismo clássico se torna um “não deixar o Estado fazer”, no neoliberalismo (p. 339) –, aproximariam o sujeito humano das formas do capital, seja como empresário de si mesmo, seja como espaço ou ponto de fluxos.

Em sua discussão sobre o neoliberalismo, Foucault desloca de certa forma os processos biopolíticos do Estado e das políticas públicas para o mercado e para as relações econômicas. Ao mesmo tempo, podemos considerar que as próprias políticas públicas e as técnicas de governo acabam incorporando essas novas disposições do capital. O foco dessa nova configuração do capitalismo contemporâneo é a produção de sujeitos e de subjetividades. Essas três dimensões – deslocamentos dos processos biopolíticos para o mercado e para a economia, incorporação pelo Estado das novas disposições do capital, inclusive em suas políticas sociais, e produção de novas subjetividades – estão presentes no contexto e no campo da saúde mental.

3 As ambivalências do Estado nas políticas de saúde mental e de saúde da mulher: ciclo de vida e medicalização das mulheres

As questões expostas acima sobre as novas dinâmicas biopolíticas contemporâneas, que incluem formas indiretas de governamentalidade e seu deslocamento para o mercado e para as relações econômicas, têm implicações para uma abordagem das políticas públicas e do próprio Estado. Se, de um lado, temos políticas públicas próprias a um Estado do bem-estar social, que buscam integrar demandas e pautas históricas dos movimentos sociais e que definem procedimentos e modos de atuação do Estado, de outro lado, há dimensões que atravessam essas políticas e que têm a ver com as produções nos campos científico e tecnológico, com os interesses e as pressões de setores econômicos

(por exemplo, a indústria farmacêutica) e com valores e moralidades que circulam nessas diversas esferas.

Um primeiro desdobramento dessa reflexão é a análise das práticas e ações do Estado e sua ambivalência constitutiva na relação com os sujeitos sociais, entre cuidado e controle, dependência e autonomia, os processos de institucionalização e desinstitucionalização, de assujeitamento e subjetivação de pessoas usuárias de serviços e alvo de políticas públicas produzidas pelo e no contexto das ações do Estado.

Uma antropologia do Estado, ou mais especificamente das políticas públicas, tem partido do questionamento da existência deste como uma entidade orgânica, um ente substantivo dado,⁸ buscando entendê-lo como práticas, ações e discursos que envolvem um conjunto heterogêneo e contraditório de atores ou agentes sociais, com diferentes disposições morais e subjetivas.⁹ Para além das leis, dos textos e documentos, o Estado é também o que se produz no plano do que fazem seus agentes, os quais, no lugar de serem apenas executores das políticas públicas, são também aqueles que, em suas práticas cotidianas, também fazem a política pública.

É na linha que articula a realização das políticas públicas, a ação concreta do Estado, de um lado, e as experiências e agenciamentos dos sujeitos alvos e usuários dessas políticas, de outro, que a abordagem etnográfica pode trazer uma perspectiva interessante para uma compreensão dos processos políticos e subjetivos contemporâneos.

Essa dinâmica fica bastante visível se tomarmos como exemplo as políticas de saúde mental no Brasil e a expansão e psiquiatrização das políticas de atenção básica à saúde. O projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira¹⁰ prevê a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede psicossocial de serviços, incluindo o atendimento e acolhimento dos pacientes e usuários. A partir de um amplo programa de “desinstitucionalização” dos pacientes, busca romper com o modelo manicomial, sobretudo através do programa *De volta para casa*, do Ministério da Saúde, que prevê a reintegração social dos pacientes psiquiátricos internos. Esses programas governamentais propõem também a criação de uma ampla e disseminada rede pública

⁸ Questionamento já presente em Radcliffe-Brown (1940) e, mais recentemente, em Abrams (1988), Trouillot (2001), entre outros.

⁹ Conforme têm discutido Abellès (1992), Worsley (1994), Abrams (1988), Bevilacqua e Leirner (2000), Trouillot (2001), Lima (2002), entre outros.

¹⁰ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

de atendimento ambulatorial e clínico, tanto nas unidades básicas de atenção à saúde quanto na criação de outros espaços, como os CAPS, espaços mais especializados, destinados aos casos considerados pelos profissionais como de “maior complexidade”, a alguns transtornos específicos, como adição a álcool ou drogas (os CAPS-ad), ou a públicos específicos, como os CAPSi, destinados a crianças e adolescentes, entre outros dispositivos, como serviços residenciais terapêuticos. No entanto, conforme vários autores têm destacado, o processo da reforma é heterogêneo, desigual e contraditório, desenrolando-se aquém e além do que está previsto nos documentos oficiais.¹¹ Além dos dispositivos previstos pela Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental acaba incluindo outros, como as clínicas privadas, os abrigos de doentes mentais e idosos eventualmente informais, as comunidades terapêuticas e os centros de assistência ligados a religiões, as associações de usuários em saúde mental, os diversos grupos de práticas alternativas ou dissidentes (como os projetos de esquizoanálise) e outros modos de cuidado dos pacientes, tendo que conviver ainda com a permanência de diversos hospitais psiquiátricos (que resistem apesar da lei).

Além disso, o contexto mais geral de implantação dessas políticas traz uma série de aspectos que são determinantes na aplicação das políticas nacionais, como o crescimento e a expansão dos domínios de atuação da biomedicina e de seus mais diferentes dispositivos, entre eles os novos procedimentos diagnósticos e a prioridade dada aos fármacos e medicamentos nos processos terapêuticos (mas não apenas – considere-se, por exemplo, o retorno no Brasil, nos últimos anos, das técnicas de eletroconvulsoterapia – designação contemporânea do eletrochoque). Um conjunto amplo de experiências, que incluem o sofrimento e a aflição, a constituição da pessoa e a produção e reprodução da vida, a garantia de direitos e o exercício da cidadania, deslocam-se para o campo da saúde e da biomedicina. Questões como a medicalização e medicamentação da subjetividade, a patologização do sofrimento, a terapeutização das escolhas individuais e a biolegitimidade das demandas de setores específicos são tratadas pela literatura antropológica mais recente como

¹¹ Ou mesmo rizomático, conforme a discussão de Fonseca et al. (2007). Sobre Reforma Psiquiátrica, a Reforma Psiquiátrica brasileira e o processo de desinstitucionalização da saúde mental, cf. Amarante e Paulo (1994, 1996, 2000), Desviat e Manuel (1999), Fonseca, Engelman e Perrone (2007), Andrade (2012), entre outros. Para uma reflexão sobre psiquiatria e hospitais psiquiátricos no Brasil, cf. Machado et al. (1978), Costa (1989), Venâncio (2011), Venâncio e Cassilia (2005, 2011), Cardoso (1999, 2002), Teixeira (1990), entre outros.

sinais de uma expansão dos domínios de atuação da biomedicina e de extensão do campo do patológico para dentro do que tradicionalmente estaria nos domínios do “normal”.

Assim, alguns aspectos da constituição contemporânea do campo da “saúde mental” no Brasil acompanham o processo da Reforma Psiquiátrica.¹² Em primeiro lugar, no deslocamento de um modelo manicomial e exclusivamente psiquiátrico de atendimento para um modelo ambulatorial, não apenas a psiquiatria passa a ser exercida nos espaços de atendimento público como as questões ligadas ao cuidado da “saúde mental” e as terapias medicamentosas nesse campo passam a ser largamente exercidas por outras especialidades da medicina. Em segundo lugar, e este também não é um fenômeno específico do Brasil, ocorre, a partir do final dos anos 1970, um processo de remedicalização ou biologização da psiquiatria e da saúde mental,¹³ consolidado sobretudo com a publicação do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria – APA).¹⁴ Em terceiro lugar, o crescimento do uso de psicofármacos e psicotrópicos de todo tipo no Brasil, principalmente antidepressivos, com ênfase nas mulheres, não apenas nas consumidoras tradicionais, vinculadas às classes médias e altas, mas cada vez mais em mulheres de classes populares, rurais e indígenas.¹⁵

¹² Cf. Maluf (2010). Uma das questões que tenho discutido nesses trabalhos é a problematização do conceito de “saúde mental” e de seus limites tanto analíticos quanto descritivos.

¹³ Falar em remedicalização da psiquiatria não significa que a(s) psiquiatria(s) exercida(s) antes estivessem fora do campo médico ou não tivessem uma orientação bio-físico-orgânica. No entanto, o conceito de medicalização utilizado está ligado a uma dupla tendência: de um lado, a redução dos fenômenos de sofrimento e aflição a desequilíbrios e distúrbios de ordem orgânica ou físico-química; de outro, uma extensão da amplitude da ação e da intervenção médicas.

¹⁴ Esse processo se aprofunda no DSM-IV e no recente DSM-V, com uma hiperespecialização crescente do diagnóstico e do tratamento.

¹⁵ Expansão reconhecida nos próprios documentos do Ministério da Saúde, como o Relatório de Gestão 2007-2010 (*Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*), que reconhece o aumento do consumo de benzodiazepínicos, anorexígenos, anfetaminas e antidepressivos entre as mulheres, e, como resultado de uma reunião realizada em 2008 com técnicas, profissionais e pesquisadoras da área, em parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, o reconhecimento de uma “tendência de crescimento dos serviços públicos de atenção à saúde e atenção à saúde mental de privilegiar respostas medicalizantes, diante de queixas difusas de sofrimento psíquico das mulheres” (BRASIL, 2011, p. 76).

De certo modo, esses diferentes aspectos são não apenas formas de racionalização biomédica crescente da vida subjetiva, do ponto de vista do sujeito, mas também de racionalização das políticas sociais e das formas de agir do Estado.

Se por um lado essas políticas de saúde mental e os próprios sentidos da Reforma Psiquiátrica no Brasil são os de universalização e democratização do acesso à saúde, assim como o respeito aos direitos humanos dos pacientes e usuários do sistema de saúde, por outro, podemos perceber, nessas políticas e práticas decorrentes, dispositivos biopolíticos e de controle.

Vou abordar mais especificamente uma das dimensões desse processo, que é a forma como questões de gênero aparecem em alguns documentos públicos sobre saúde mental e saúde da mulher e os discursos e práticas especificamente voltados às mulheres e ao que seria, segundo esses discursos, a especificidade da maior vulnerabilidade destas aos transtornos e problemas de ordem psicossocial. O foco é a noção de “ciclo de vida” das mulheres, princípio largamente utilizado nos documentos e diretrizes, principalmente naqueles voltados à saúde da mulher, mesmo quando não de forma explícita. Por ciclo de vida das mulheres entendem-se aqui as diversas etapas relacionadas à carreira reprodutiva destas: menarca, gravidez, parto, pós-parto e menopausa. Minha investigação não é exaustiva, e os exemplos trazidos a partir de documentos públicos não representam a força dessa noção e seu uso disseminado para além desses documentos, por profissionais da área, acadêmicos e pesquisadores e mesmo por grupos e movimentos sociais. O largo uso dessa noção na literatura psiquiátrica voltada às mulheres mostra sua validação científica e a força de verdade com que se reveste ao ser traduzida em políticas de assistência.¹⁶ Pelos modos e territórios sociais em que circula, o ciclo de vida acaba por se constituir em discurso que é produzido e distribuído em diferentes espaços e a partir de diferentes atores, tornando-se, nessa circulação, um regime de verdade sobre o sofrimento, as demandas e os direitos das mulheres.

¹⁶ Em uma rápida pesquisa no *site* da American Association of Psychiatry (APA) e em *sites* de centros de atendimento em saúde mental Estados Unidos, encontrei diversos modos com que o ciclo de vida das mulheres aparece como o elemento central para definir probabilidades, diagnósticos e tratamentos. Nas publicações da APA sobre mulheres e saúde mental, encontrei diversas referências à maior vulnerabilidade das mulheres a transtornos psiquiátricos e à importância do momento no ciclo de vida das mulheres como causa ou contexto de transtornos psiquiátricos. Alguns livros abordam especificamente cada fase do ciclo de vida, com ênfase na menopausa e no pós-parto.

É importante ressaltar que não considero que toda a política de saúde mental em relação às mulheres se reduza à noção de ciclo de vida. Como descreverei a seguir, o conceito de ciclo de vida informa os modos como as mulheres aparecem em diversos desses documentos, ao lado de outras inserções, mais ligadas a dimensões sociais, políticas ou econômicas.

No caso das políticas de saúde mental, a noção de etapas biológicas da vida e de “grupos de maior risco” aparece nas Diretrizes Nacionais de Saúde Mental de 1977, apresentadas na VI Conferência Nacional de Saúde. Essas diretrizes defendem, entre outras coisas, a necessidade de ações de prevenção primária “visando os grupos de maior risco: gestantes, mães, adolescentes e geriátricos, no intuito de reduzir, nesta população [...] o surgimento de alterações e a promoção [sic] de níveis de saúde mental satisfatórios” (apud CARDOSO, 1999, p. 36). Nessa formulação, o ciclo de vida aparece tanto em relação às etapas da carreira reprodutiva das mulheres (gestante, mãe) quanto em relação à determinação etária do risco (adolescentes, geriátricos). Essa lógica irá reaparecer em outros documentos posteriores, mesmo que formulada de outros modos.

Nas três primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001), as mulheres aparecem pouco. Na I e II Conferências elas não são citadas, e no relatório da III Conferência são mencionadas ao lado de crianças, adolescentes, idosos, indígenas, população de rua, terceira idade e “álcool e drogas” (sic), permanecendo aqui a lógica etária ou de grupo de risco (BRASIL, 2001). É na IV Conferência, de 2010, que uma mudança significativa nessa perspectiva aparece e a necessidade de uma política específica para as mulheres é mais explicitada, juntamente com a necessidade de uma política de gênero.¹⁷ É interessante que, no relatório dessa última conferência, as mulheres se deslocam da ideia de grupo vulnerável com predominância de faixa etária (crianças e idosos) para uma especificidade identitária (gênero e raça/etnia). Além disso, a situação de pós-parto é definida a partir da tríade pai-mãe-filho, não mais apenas a partir das mulheres puérperas.¹⁸ Percebe-se aí a influência dos debates feministas e de

¹⁷ “634. Implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: 1) melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS; 2) qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; 3) incluir o enfoque de gênero e de raça.” (BRASIL, 2010, p. 108-109).

¹⁸ “567. Formar, nos hospitais materno-infantis, equipes de referência ou núcleos de apoio em saúde mental para o acompanhamento da tríade paimãe-bebê (sic) durante

outros movimentos sociais, como o movimento pela igualdade racial, num contexto de grande porosidade do Estado brasileiro a esses movimentos, dos quais muitas lideranças compõem o governo.

No entanto, o mesmo grau de politicidade não é encontrado em outros documentos, principalmente naqueles que buscam detalhar as políticas gerais e estabelecer programas ou protocolos de ação. Do mesmo modo, essa perspectiva se reflete pouco no âmbito das práticas dos técnicos, profissionais e servidores que atuam na ponta da política pública, ou seja, na relação direta com as usuárias do sistema de saúde.

No caso específico das políticas de saúde voltadas para as mulheres, a quase totalidade dessas políticas (expressa, por exemplo, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, elaborado em 1984 e que se reproduz nos programas posteriores) é ocupada com as questões de saúde reprodutiva e prevenção.¹⁹ Esse quadro não mudou substancialmente durante quase vinte anos. No PAISM de 2004, uma seção sobre gênero e saúde mental é introduzida, reconhecendo a necessidade de se considerar, nas políticas de saúde mental, fatores culturais, sociais e econômicos e a desigualdade de gênero (BRASIL, 2004). A I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada no mesmo ano, sugere brevemente a necessidade de que a política de saúde mental “contemple ações de prevenção, tratamento e inclusão social, com recorte de gênero e com preparo dos profissionais de saúde para o atendimento das especificidades sociais, étnicas, culturais e biológicas das mulheres” (BRASIL, 2004b). O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, aprovado a partir da II Conferência, prevê, entre as prioridades em relação ao item “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais” (BRASIL, 2007, p. 15). Entre as metas para o período, está a de “Implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero” (p. 16). No mesmo item sobre saúde do documento, reforça-se a ênfase aos “direitos reprodutivos” e à noção de “ciclo vital” e de “ciclo de vida” das mulheres, definido pelas diversas fases de seu ciclo biológico, como mulheres no “climatério”, “jovens e adolescentes” (p. 16).

o período da gestação do parto e do puerpério.” (BRASIL, 2010, p. 97).

¹⁹ Constatação reforçada no *Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2003.

A depressão pós-parto também tem aparecido de forma mais detalhada nas preocupações do Ministério da Saúde, sendo citada em diversos documentos. O Manual Técnico sobre Pré-natal e Puerpério, de 2006, dedica um item inteiro aos “Aspectos emocionais da gravidez e do puerpério”, sugerindo que se compreendam os “processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez” (BRASIL, 2006, p. 35). Como se vê, mesmo com a incorporação dos debates do campo feminista em torno das desigualdades de gênero e seus reflexos sócio-econômicos, o conceito de “ciclo de vida” como sucessão de etapas na vida biológica da mulher, ligadas principalmente a seu ciclo reprodutivo, permanece como central na definição das especificidades das mulheres na elaboração das políticas de saúde e saúde mental e no reconhecimento de seus direitos.

Para além dos documentos oficiais da política de saúde mental, na dimensão local da aplicação das políticas públicas, as especificidades e cada contexto evidenciam um quadro bastante heterogêneo em relação às práticas de atendimento, que vão da distribuição de medicamentos psicotrópicos à implantação de outras formas de tratamento ou apoio, como grupos terapêuticos, grupos de idosos, grupos de mulheres em tratamento de depressão e outros transtornos, passando por aulas de alongamento e ginástica, acupuntura, homeopatia, fitoterapia, arteterapia, entre outros. Porém, mesmo constatando que as práticas não são homogêneas, não se pode negar o peso que a distribuição de medicamentos como benzodiazepínicos e antidepressivos tem hoje no atendimento público (não apenas nos CAPS, especializados em saúde mental ou psicossocial, mas também e sobretudo nas unidades básicas de saúde). Temos muitos exemplos da pesquisa de campo realizada em etapa anterior, relatados tanto por pacientes quanto por profissionais que atuam nessas unidades, além dos números relativos à distribuição e ao consumo desses medicamentos, em que se evidencia o fato de que a maioria esmagadora de consumidores destes na rede pública são mulheres.²⁰ Esses dados indicam que, apesar de não haver ainda uma política explícita e consolidada de gênero e saúde mental nos programas oficiais, na aplicação da política de saúde, no cotidiano

²⁰ Cf. o relatório citado acima (BRASIL, 2011) e, no caso da pesquisa de campo desenvolvida, o artigo de Diehl, Mazzini e Becker (2010) e vários outros capítulos de Maluf e Tornquist (2010).

das unidades de saúde e dos Centros de Atendimento Psicossocial, fazem-se presentes uma política da diferença e a evidência de um discurso da diferença de gênero sustentado em uma visão fiscalista e biologizada dessa diferença.

Se os documentos e textos oficiais incorporam um discurso de gênero que dá mais relevância às questões socioeconômicas, reduzindo a força da retórica do ciclo de vida, cabe perguntar até que ponto esse avanço no discurso se reflete nas políticas efetivas de saúde mental para as mulheres, até que ponto os procedimentos na ponta de baixo dessas políticas, ali onde estão os profissionais em contato direto com os usuários dos serviços de saúde (da atenção básica aos CAPS) refletem essa retórica. E aí entra essa outra dimensão, referente ao estabelecimento do diagnóstico às terapêuticas empregadas: este é essencialmente baseado nos ciclos biológicos e o tratamento permanece massivamente medicamentoso.

Um trabalho anterior (MALUF, 2010), baseado nos documentos governamentais e junto aos agentes e profissionais de atenção básica à saúde, nos apontou algumas questões para uma discussão sobre as políticas de saúde mental, sobretudo no que diz respeito ao atendimento básico e público, que reproduzo a seguir: 1) a necessidade de se fazer um balanço crítico de algumas práticas institucionais que acabam reforçando a desigualdade de gênero; 2) a constatação de uma realidade de hipermedicalização e hipermedicamentação de segmentos da população, com ênfase nas mulheres, com o uso de psicofármacos; 3) a confusão entre democratização e universalização do acesso à saúde e a distribuição massificada de medicamentos, o que implicaria repensar o atendimento básico em saúde mental em relação à necessidade de uma política terapêutica (e psicoterapêutica) menos medicamentosa; 4) a necessidade de uma política de saúde mental que ofereça outros tratamentos além da medicamentação, como acompanhamento terapêutico sistemático, entre outros; 5) a necessidade de se repensar os modelos de cuidado, saúde, doença, sofrimento e cura também nas políticas oficiais de saúde da mulher e de saúde mental; 6) a ruptura com um modelo de saúde da mulher assentado na visão biologicista do “ciclo de vida” e das fases da vida reprodutiva das mulheres e como determinantes de maior ou menor “vulnerabilidade” destas a problemas de saúde mental (MALUF, 2010, p. 35-36). A esses aspectos acrescentaria ainda um sétimo, que é o reconhecimento de outros saberes e modos de lidar com a aflição e o sofrimento para além do paradigma biomédico ou psicologizante.

A abordagem das políticas públicas não apenas no que diz respeito ao que preveem, mas também em relação à sua concretização por agentes e profissionais que atuam em nome do Estado, dá visibilidade a dimensões que de outro modo não seriam percebidas e permite uma reflexão crítica sobre essas políticas, avaliando-se seus sentidos, sua eficácia e seus efeitos.

4 Experiências sociais, práticas e agenciamentos²¹

É justamente a partir dos diferentes discursos e experiências sociais que os modelos fisicalistas e racionalizadores da experiência da aflição, aqui representados pela noção de ciclo de vida, são confrontados de forma mais evidente. Por experiências sociais estou designando a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daqueles e daquelas que são justamente o “público-alvo” das políticas públicas e da atuação dos profissionais e agentes de saúde. Essa perspectiva não implica de forma alguma a reificação da dicotomia entre “fato” e “valor”, representada nos estudos antropológicos de saúde por uma abordagem fenomenológica da experiência de sujeitos individuais, de um lado, e das representações sociais da doença, do corpo e da pessoa, de outro. Nosso entendimento teórico e reflexivo sobre questões como doença, aflição e sofrimento e das estratégias de ação e significação dadas pelos diferentes atores sociais tem como ponto de partida a ideia de que experiência e seus sentidos sociais são duas dimensões complementares em uma abordagem antropológica da saúde.

A pesquisa realizada junto a mulheres moradoras de bairros da periferia de Florianópolis, ao contrário do discurso hegemônico tanto nas políticas de governo quanto nas plataformas de parte dos movimentos sociais, apontou para outras questões, ligadas a experiências sociais vistas como “perturbadoras”, articuladas em geral a suas vivências cotidianas e ao seu contexto social, cultural e econômico, não a uma percepção de fases em seu “ciclo de vida”, tal como discutimos acima. Que questões seriam essas? De modo geral, questões ligadas ao cotidiano de sua vida; à dupla ou tripla jornada de trabalho, já que muitas dessas mulheres, senão a maioria, trabalham fora de casa, em empregos informais ou prestando

²¹ Parte desta seção reproduz alguns parágrafos de Maluf (2010), em que os resultados iniciais da pesquisa foram publicados.

serviços como empregadas domésticas; ao assédio moral no trabalho (muitas delas relatavam casos de diagnóstico de síndrome do pânico desencadeada cada vez que chegavam ao local de trabalho; à violência no bairro, com situações de morte de filhos e maridos, incursões violentas da polícia, conflitos e abusos referentes ao narcotráfico). No caso do bairro pesquisado pela equipe formada por Carmen Susana Tornquist, Ana Paula Muller de Andrade e Marina Monteiro, uma questão emergiu em relação à forma como, nas narrativas das mulheres, a situação de sofrimento vivida por elas no momento era contraposta a um tempo de lutas e de liderança, resgatando o processo de ocupação do bairro pelas famílias, em grande parte liderado pelas mulheres e no qual elas tiveram um papel fundamental.²²

Dois dimensões estão presentes nas narrativas e nos outros enunciados que emergem do discurso dessas mulheres: a experiência e o saber. A experiência, tal como descrita muito brevemente acima, diz respeito a outras questões que não seus ciclos de vida, suas trajetórias reprodutivas; os saberes são acionados para compreender essa experiência, para informá-la, impregná-la de sentido. Certamente, na composição dessas experiências e desses saberes, a retórica fiscalista do ciclo de vida está presente, através dos diagnósticos que muitas delas, ou suas filhas, sogras e mães receberam, através do consumo de psicofármacos etc. No entanto, essa não é a retórica que predomina, ou, dito de outro modo, o ciclo de vida não explica e não traduz a totalidade da experiência delas, tampouco seu sofrimento e suas aflições encontram fácil tradução em diagnósticos e tratamentos medicamentosos.

Contrapondo um universo discursivo e simbólico a outro (o das políticas públicas e o das experiências sociais), evidenciaram-se dois modelos ou duas perspectivas de compreensão da aflição: uma fiscalista (ou, conforme escrevi em outro momento, *fisio-lógica*),²³ que enfatiza uma concepção biológica da diferença de gênero e dos processos de sofrimento e adoecimento, e uma que poderia se chamar de “socio-lógica” de sua perturbação, centrada nas diferentes experiências cotidianas e nas próprias histórias e narrativas de vida dessas mulheres. De certa forma temos aqui o que Fassin denominou como conflito de duas comunidades éticas, conforme descrevi anteriormente, e, como nos exemplos citados por ele, comunidades éticas com legitimidades desiguais.

²² Cf. Tornquist, Andrade e Monteiro (2010).

²³ Conforme discutido em Maluf (2010).

O que estou denominando de uma *sócio-lógica* da narrativa das mulheres pesquisadas é a dimensão que abrange aspectos sociais e históricos de sua experiência. Como exposto, elas relacionam seus sentimentos de aflição ao contexto de sua vida cotidiana no bairro, problemas econômicos, dupla jornada de trabalho, participação nos movimentos do bairro etc. Trata-se de uma *sócio-lógica* que não deixa de incorporar ou englobar a dimensão fiscalista dos discursos e práticas biomédicas (aceitando os diagnósticos, realizando os “tratamentos”, ingerindo os medicamentos), mas ressignificando-os a partir de suas vivências cotidianas e valores compartilhados e eventualmente incorporando-os ou combinando-os a concepções físico-morais do sofrimento e da doença.²⁴ Em resumo, o que estou chamando aqui uma *sócio-lógica* para falar sobre suas aflições amplia a percepção e os discursos sobre a doença e o sofrimento para além das concepções de corpo, saúde e doença, incorporando as dimensões sociais e políticas do vivido – uma compreensão fundamentada na circunstancialidade e na historicidade do vivido, para além e para fora da ontologização biomédica da pessoa.

É importante, no entanto, frisar que não estou aderindo a uma redução sociológica buscando a condição social como causa das aflições. Por modelo ou perspectiva *sócio-lógica* estou me referindo exclusivamente a saberes enunciados nas falas e nas narrativas dessas mulheres e ao reconhecimento desses saberes como legítimos e eventualmente contrapostos aos saberes científicos biomédicos – reconhecimento esse que não se dá por parte do Estado e das políticas públicas em saúde. Não é apenas a experiência dessas mulheres que não é reconhecida pelas políticas públicas, mas suas epistemologias, ou seja, seus modos de conhecimento, sua percepção da experiência e do mundo.

Uma questão que percorre, ainda, o meu argumento é a do estatuto da ciência e do chamado avanço tecnológico, principalmente no caso discutido aqui, o da saúde mental. Em um artigo anterior (MALUF, 2011), discuti o lugar dado aos medicamentos, sobretudo aos antipsicóticos, como possibilidade de desinstitucionalização dos pacientes internos dos hospitais psiquiátricos. Esse é um argumento

²⁴ É possível, ainda, constatar o quanto a lógica racionalizadora da relação entre causa e efeito, presente no uso do medicamento, por exemplo, está presente e se dissemina por outras práticas, como a busca de alívio ou cura espiritual, muitas vezes frustrada pela impossibilidade de resolução imediata ou alívio instantâneo do sofrimento, da dor ou da aflição (que um medicamento pode proporcionar, ao menos temporariamente).

que percorre os mais diversos segmentos envolvidos com o campo da saúde mental: promotores e gestores públicos da desinstitucionalização, profissionais e agentes da saúde pública, usuários, a indústria farmacêutica, pesquisadores de diversas áreas acadêmicas, associações de usuários e movimentos pela universalização do acesso à saúde. Estaríamos, de acordo com esses argumentos, diante de uma cidadania biológica,²⁵ dada pelas tecnologias bio-farmaco-médicas.

Evidentemente, antropólogos e cientistas sociais em geral têm se posicionado pela universalização do acesso ao conhecimento e aos benefícios trazidos pela ciência e pela tecnologia. No entanto, na equação entre a universalização do acesso a esses benefícios (entre eles as tecnologias biomédicas de diagnóstico, de tratamento, cirúrgicas e medicamentosas) e o questionamento do sentido dessas tecnologias e desse conhecimento, é necessário admitir que hoje não é possível apenas abordar criticamente a questão do “privilégio sociológico” (com propostas de acesso, democratização, universalização) sem também abordar criticamente a questão do “privilégio epistemológico”²⁶ (apontando o sentido histórico e contingente da produção científica, proporcionando o reconhecimento e a legitimidade de outros saberes e outras epistemologias etc.). Uma das contribuições que a pesquisa antropológica pode trazer é a de fazer emergir e dar visibilidade a experiências e conhecimentos invisibilizados e desconsiderados tanto na conformação dos saberes científicos quanto na elaboração de políticas sociais nacionais, mas também no plano global.²⁷

5 Modos de subjetivação, biopoder e outras políticas da vida

A noção de ciclo de vida produz um enunciado que se desdobra em três aspectos. De acordo com essa noção e pelo modo como é acionada

²⁵ Segundo a discussão de Nicolas Rose (2013).

²⁶ Conforme Santos (2004).

²⁷ Sem negligenciar esse outro campo das ciências humanas (a antropologia em particular) que se desenvolve em torno da investigação da ciência e dos laboratórios, não apenas em torno de suas consequências sociais, mas também do ponto de vista do desvendamento de suas dimensões técnicas e de seus aspectos metodológicos, e também cosmológicos. Trazer a ciência para o campo da investigação social, simbólica, política e cultural é a contrapartida complementar de fazer emergir e dar visibilidade e reconhecimento aos saberes e formas de conhecimento negadas em suas racionalidades específicas.

nos diferentes discursos e práticas de atendimento no campo da saúde mental: 1) queixas genéricas das mulheres refletiriam um sofrimento psíquico ou mental como fenômeno de ordem orgânica e biológica; 2) a especificidade “feminina” desse sofrimento estaria diretamente e incontornavelmente ligada ao ciclo biológico das mulheres (ou seja, seu ciclo reprodutivo, já que essas diferentes etapas no ciclo de vida são as que constituem sua carreira reprodutiva) – reproduzindo o movimento moderno de redução do outro (as mulheres, tanto quanto se fez com os negros) a um corpo biológico essencializado; 3) é essa dimensão biologizada do sofrimento e da aflição que legitimaria uma política pública em “saúde mental”, configurando uma forma de “biolegitimação”; e finalmente 4) é através das tecnologias biomédicas, e principalmente através dos psicofármacos, que a política pública e o acesso ao direito aconteceriam.

Conforme discutido na parte inicial deste capítulo, a transformação gradativa da vida em problema do poder (e *de* poder) marca o limiar do que Foucault denominou de “modernidade biológica”, tornando-se gradativamente a saúde uma questão de governo, ou, para Agamben (2004), de Estado (sendo, para este último, o nazismo o Estado biopolítico por excelência – no qual a chamada “vida biológica” é politizada). A biopolítica não é apenas e nem exatamente uma política da vida, mas o governo da vida no centro da política. Para Foucault, a medicina social (e as políticas de saúde, assim como os próprios saberes e práticas médicas) é uma das formas, dos dispositivos da biopolítica, ou governo da vida, pensando a biopolítica como modo de constituição de subjetividade, como regime de subjetivação. Ele escreve em “O nascimento da medicina social”:

Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista, O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Nesse texto, fundador do conceito de biopolítica, Foucault reconstitui as três etapas da formação da medicina social: “medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho” (p. 80). Ele identifica a Alemanha como o lugar do surgimento, no começo do século XVIII, da medicina de Estado, com uma prática médica centrada, segundo ele, na “melhoria do nível de saúde da população” e desenvolvendo “programas efetivos de melhoria da saúde da população”, que foram

denominados como política médica de um Estado ou “polícia médica” (a partir de 1764, mas efetivada no final do século XVIII e durante o século XIX). Segundo Agamben (2004), é quando a distinção entre *política* (luta contra os inimigos e preservação do Estado e da Nação) e *polícia* (procedimentos de melhoria do bem-estar e da saúde da população) se esvanece que a “*polícia* torna-se então *política*, e a tutela da vida coincide com a luta contra o inimigo” (p. 154). Seria também esse o momento em que a biopolítica se torna uma “tanatopolítica” (p. 154), uma política da morte. Para Foucault, é na França e na Inglaterra que se desenvolvem, em fins do século XVIII e no início do XIX, respectivamente, o que ele chama de “segunda” e terceira “direções” da medicina social; a francesa não mais fundamentada no Estado, como na Alemanha, mas na urbanização e nas políticas urbanas, e a inglesa como “medicina dos pobres”. Estamos falando aqui do nascimento da medicina social e das políticas de governo e de Estado relacionadas à saúde da população, que hoje podemos reunir na expressão contemporânea de “políticas públicas em saúde”.

Elementos desses três momentos e direções do surgimento da medicina social estão presentes nas políticas de saúde hoje, entre elas: 1) a regulamentação e legitimação da atuação dos profissionais e agentes e dos próprios saberes médicos e biomédicos pelo Estado (e podemos considerar um conjunto de discussões contemporâneas que se referem a esse aspecto); 2) a necessidade de produzir informação e conhecimento sobre a população que é alvo dessas políticas (sobretudo com pesquisas quantitativas, estatísticas e epidemiológicas em saúde – e essa dimensão inclui a saúde mental); 3) a adoção de programas de saúde, de prestação de serviços públicos de diferentes níveis e complexidades e intervenção do Estado na saúde da população através de ações sistemáticas (as políticas de saúde, os programas terapêuticos etc.) ou pontuais (como as campanhas de vacinação e o combate a epidemias).

Um quarto aspecto se refere aos novos regimes biopolíticos discutidos na primeira parte deste capítulo e à potência moral do “direito à vida” em detrimento, por exemplo, dos direitos socioeconômicos. Ao mesmo tempo, são essas condições socioeconômicas do capitalismo neoliberal que definem a dinâmica dessas novas biopolíticas e o modo como a economia moral do direito à vida poderá se realizar. A própria noção de inovação tecnológica com que os psicofármacos são apresentados, inclusive como os grandes “atores” da possibilidade de Reforma Psiquiátrica (MALUF, 2011), está ligada a essas novas disposições biopolíticas. Foucault discute a questão da inovação e do progresso técnico não a partir de seu desenvolvimento intrínseco

e das formas de produtividade em si, mas como forma de renovação do que os economistas neoliberais denominaram de “capital humano”, que se materializaria na extensão, para o sujeito, da forma-empresa e na ideia do sujeito-empresa como novo regime de subjetivação. Para além das políticas públicas de saúde, a individualização das estratégias biopolíticas no campo da saúde mental, que tem como foco a produção de diagnósticos individuais cada vez mais específicos (lógica dos DSMs) e formas de tratamento medicamentoso dirigidas ao sujeito, parece responder a esse novo regime de subjetivação e à construção de determinado tipo de sujeito e de subjetividade.

Descrevi essa dinâmica a partir do conceito de biogitimidade, formulado por Didier Fassin como aquele que define a questão crucial do contemporâneo, não mais o poder *sobre a* vida (biopolítica), mas o poder *da* vida enquanto tal. Para o autor, a biogitimidade refere-se a um “deslocamento de legitimidades nas políticas da vida”, da vida política à biológica (de *bios* a *zoé*).²⁸

No caso das políticas de saúde, esses deslocamentos entre *bios* e *zoé*, do político ao “biológico”, ao mesmo tempo que podem parecer mais evidentes (afinal, questões de saúde são mais facilmente apreendidas como relacionadas à vida biológica ou vida em si mesma), apresentam maior dificuldade de apreensão como objetos de uma reflexão crítica. A relação quase natural entre política de saúde e manutenção, cuidado e prolongamento do corpo e da vida física (de cada cidadão e cidadã) parece inquestionável. Os dois campos de política de saúde em que se situam as reflexões expostas aqui, no entanto, abrem algumas brechas para uma reflexão crítica talvez pela própria qualidade de seus objetos: saúde mental, de um lado, e saúde da mulher, de outro.

Especificamente em relação à saúde mental, as políticas públicas hoje estão, conforme descrito acima, focadas na realização do projeto

²⁸ A diferença entre os dois termos gregos para “vida”, presente em Aristóteles, é retomada e desenvolvida por Giorgio Agamben (2004), que, inspirado em Hanna Arendt, define essa diferença da seguinte maneira: para os gregos, havia dois termos para exprimir a noção de *vida*: “*zoé*, que exprimia o simples fato de viver, comum a todos os seres vivos (animais, homens ou deuses), e *bíos*, que indicava a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo”, ou “a vida qualificada”. Certamente é preciso ter cuidado com a reificação dessa dicotomia. Butler critica uma certa ilusão naturalista na formulação da ideia de vida nua (p. 2). Para ela a vida nua enquanto tal não existiria, na medida em que a vida já ingressou no campo político de maneira irreversível (BUTLER, 2006, p. 69). Parece-me que a questão fundamental é a forma como uma nova hegemonia da ideia de “vida em si” (*zoé*) parece definir a dinâmica de vários processos políticos contemporâneos.

de Reforma Psiquiátrica, que tem como eixo a chamada “desinstitucionalização” dos serviços em saúde mental e dos internos dos hospitais psiquiátricos com o gradativo fechamento dos leitos. Para tanto, discutem-se as formas de se constituir uma “rede de atendimento psicossocial” que dê conta do universo em questão: do atendimento ao sujeito “desinstitucionalizado” ao usuário do sistema público portador de sofrimento ou aflição “tratável” (conceito cada vez mais amplo) pelos saberes bio-psico-médicos, principalmente através dos psicofármacos. No entanto, há uma constatação generalizada sobre as dificuldades de implantação na prática do que está previsto nos fundamentos da Reforma Psiquiátrica.

Em diversas situações, a lógica de funcionamento dos diversos espaços de serviço público criados para efetivar essa rede psicossocial (sobretudo os Centros de Atendimento Psicossocial, mas também a rede de atenção básica, os serviços substitutivos, entre outros) mantém uma lógica institucionalizadora, medicalizante e eventualmente manicomial.²⁹ Em outras palavras, não só a dinâmica do atendimento pós-Reforma Psiquiátrica reproduz em algumas situações a lógica do hospital psiquiátrico e da própria psiquiatria hegemônica, centrada hoje em concepções fiscalistas e medicalizantes do sofrimento psicológico, mas essa mesma lógica se estende agora a uma população muito mais ampla, formada sobretudo e em sua maioria de mulheres que percorrem os centros e unidades de atenção básica em saúde buscando (bio)legitimidade a suas queixas. Seria possível, nesse quadro e nesse contexto, uma outra “política da vida” por parte do Estado, nas suas políticas de saúde mental? Como poderia o Estado construir “redes sociais” de acolhimento desses sujeitos para além de sua medicalização e sua inserção num regime de normalização? Esse parece ser um dos nós da Reforma Psiquiátrica brasileira hoje, no que diz respeito à realização de um certo ideário presente em seus fundamentos (que evidentemente não foram definidos sem disputas e conflitos entre as diferentes forças sociais, políticas, ideológicas e corporativas que estiveram presentes na elaboração dessa política).

Em relação às políticas de “saúde da mulher”, que vão dos direitos reprodutivos em seu sentido mais amplo, passando pela prevenção de diversos tipos de afecções, ao câncer de mama e de colo de útero mais especificamente, chegando às políticas de “saúde mental” da mulher, retoma-se a redução fiscalista das mulheres a

²⁹ Cf. Andrade (2012).

um corpo biológico, por sua vez reduzido ao seu ciclo reprodutivo, de “ciclo de vida”, à qual me referi. As políticas de saúde nesse caso funcionam como “tecnologias de gênero” (LAURETIS, 1987), modos específicos com que a biopolítica e as tecnologias do sujeito se configuram na reprodução das diferenças e hierarquias de gênero. Pensando na dimensão social do que foi reportado pelas mulheres com que a pesquisa foi realizada, como seria possível fazer com que essa dimensão seja incorporada à política de saúde? Seria possível pensar numa política pública de saúde das mulheres que tivesse como alvo não a reprodução da diferença, mas sua desconstrução? Como conceber hoje uma outra configuração do biológico e do político nas políticas de saúde da mulher, que se desloque do “vivo” ao “vivido”, do ciclo ao “curso de vida”, do biológico ao biográfico? Como construir formas de legitimação de outra política pública, num contexto em que, como coloquei, é justamente a dimensão biologizada do sofrimento e da aflição que legitima uma política pública em “saúde da mulher” ou em “saúde mental”?

Além disso, cabe discutir o quanto os próprios procedimentos e métodos utilizados para elaborar e colocar em práticas essas políticas não acabam obscurecendo, invisibilizando e impossibilitando que essas outras epistemologias, modos de compreender e até mesmo estilos de pensamento (ROSE, 2013, p. 26) possam ser ouvidos.

A pesquisa antropológica e a pesquisa qualitativa e de cunho etnográfico têm demonstrado que outras políticas da vida vêm sendo exercidas por sujeitos reais em suas vidas e experiências cotidianas. Cabe perguntar o quanto o reconhecimento dessas políticas, saberes e práticas pode contribuir para que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado no campo das políticas públicas, do reconhecimento e dos direitos.

Referências

ABÈLÈS, M. État. In: BONTE, P.; IZARD, M. (Dir.). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris: PUF, 1992. p. 239-242.

ABRAMS, P. Notes on the difficulty of studying the state. *Journal of Historical Sociology*, v. 1, n. 1, p. 58-89, 1988.

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

- AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ANDRADE, A. P. M. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- ARENDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense Universitária, 2005.
- BEVILÁQUA, C.; LEIRNER, P. C. Notas sobre a análise antropológica de setores do Estado brasileiro. *Revista de Antropologia*, v. 43, n. 2, p. 105-140, 2000.
- BENJAMIN, W. *Critique de la violence*. Paris: Payot, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Anais da conferência*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006. Mimeografado.
- _____. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *II plano nacional de políticas para mulheres*. Brasília, 2007. Mimeografado.
- _____. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. *Relatório de gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRITO, M. A. *Entre cobras e lagartixas: crianças em instituições de acolhimento se construindo sujeitos na maquinaria da proteção integral*. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BUTLER, J. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- _____.; SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Quien le canta al Estado-Nación? Lenguaje, política pertenencia*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

CARDOSO, M. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: FAPESP/UFSCar, 1999.

_____. *Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso*. *Ilha: Revista de Antropologia*, v. 4, n. 1, p. 85-113, 2002.

COSTA, J. S. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIEHL, E. et al. "A minha melhor amiga se chama fluoxetina": consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.

ESPOSITO, R. *Bíos: biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

FARHI NETO, L. *Biopolíticas: as formulações de Foucault*. Florianópolis: Cidade Futura, 2010.

FASSIN, D. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et Sociétés*, v. 38, n. 2, p. 35-48, 2006.

_____. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. *Anthropological Theory*, v. 8, n. 4, p. 333-344, 2008.

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

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

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

_____; RECHMAN, R. *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion, 2011.

_____; STOCZKOWSKI, W. Should anthropology be moral? A debate. *Anthropological Theory*, v. 8, n. 4, p. 331-332, 2008.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *Health and Human Rights*, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FONSECA, T. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. (Org.). *Rizomas da reforma psiquiátrica*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- _____. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- GOWAN, T.; WHETSTONE, S. Making the criminal addict: Subjectivity and social control in a strong-arm rehab. *Punishment and Society*, v. 14, n. 1, p. 69-93, 2012.
- GROS, F. Y a-t-il un sujet biopolitique? *Noéma*, v. IV, n. 1, p. 32-42, 2013.
- LAURETIS, T. *Technologies of gender: essays on theory, film and fiction*. Bloomington: Indiana University Press, 1987.
- LIMA, A. C. S. (Org.). *Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: _____; TORNQUIST, C. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.
- _____. *Saúde mental e medicamentos: entre políticas públicas e experiências sociais*. IX Reunião de Antropologia do Mercosul. Curitiba: UFPR, 2011. Mimeografado.
- _____; TORNQUIST, C. S. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 24, p. 27-57, 2006.
- ROSE, N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.
- SANTOS, B. S. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: "um discurso sobre as ciências" revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SUS/CNS. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- SUS/CNS. Comissão Organizadora da IV CNSM. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- TEIXEIRA, M. *Hospício e poder*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1990.

TORNQUIST, C. S.; ANDRADE, A. P. M.; MONTEIRO, M. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 69-131.

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

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, n. 18, p. 35-52, 2011.

WORSLEY, P. The nation state, colonial expansion and the contemporary world order. In: INGOLD, T. (Org.). *Companion encyclopedia of anthropology*. Londres: Routledge, 1994. p. 1040-1066.



Gênero, raça e loucura: o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal¹

Érica Quinaglia Silva
Josenaide Engracia dos Santos
Mônica Oliveira da Cruz

1 Introdução

À noção estigmatizada da loucura ainda são associadas a exclusão e a marginalização. O enclausuramento de pessoas consideradas socialmente desajustadas, que marcou os séculos XVII e XVIII da história do Ocidente europeu, no período da “grande internação” (FOUCAULT, 2008), e institucionalizou a loucura com o tratamento moral de Pinel (DESVIAT, 2008), no fim do século XVIII e no século XIX, persiste hodiernamente.

Atualmente, no Brasil, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, o que equivale a um contingente de 22 milhões de pessoas (ARBEX, 2013). Nesse país, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como as responsabilidades do Estado em garantir esses direitos (BRASIL, 2001), por meio de novas formas de cuidado em saúde mental.

¹ Os resultados preliminares desta pesquisa foram publicados em Quinaglia Silva (2014).

Mas e quando uma pessoa tida como louca comete um crime? Deve ela ser tratada ou penalizada? Tal lei estende-se aos ditos loucos infratores?

Apesar de a política de saúde mental no Brasil preconizar a desinstitucionalização, há ainda uma população enclausurada nos hospitais de custódia (HCTPs) e alas de tratamento psiquiátrico (ATPs), que é invisível diante da gestão da saúde e do sistema judiciário brasileiro (DINIZ, 2013). Às pessoas que têm transtornos mentais e cometeram um delito cabe a medida de segurança, que é uma sanção penal imposta pelo Estado a qual deveria visar ao tratamento. Ao serem consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, ou seja, total ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito da infração penal no tempo da ação ou da omissão devido a um transtorno mental, elas recebem da Justiça uma “absolvição imprópria”. Embora sobre essas pessoas não recaia uma pena, duas trajetórias são desenhadas pelo contexto judiciário: a internação nos mencionados HCTPs ou, à falta deles, em outro estabelecimento correspondente ou o tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). Na prática, pelo menos 3.989 pessoas permanecem em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil (DINIZ, 2013). A aplicação dessa sanção persiste enquanto não é averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade (BRASIL, 1940).

A medida de segurança foi instituída pelo Código Penal de 1940. A criação oficial dos HCTPs, vulgarmente conhecidos como “manicômios judiciais”, ocorreu em 1903, pelo Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro, embora a primeira construção desse estabelecimento, no Rio de Janeiro, tenha ocorrido em 1921 (CARRARA, 1998). Não obstante, após quase um século de funcionamento dos HCTPs e mais de 70 anos de execução da medida de segurança, ainda pouco ou quase nada se ouve falar dessa população.

Este estudo teve como objetivo conhecer as mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal. Quem são elas? Que crimes cometeram? Que diagnósticos receberam? Como as relações de gênero e raça, conjugadas com as condições de acesso à escolaridade e à qualificação profissional, entre outros fatores sociais produtores de situações de vulnerabilidade, interferem diretamente na ação ou omissão do Estado e, conseqüentemente, na vida e na saúde dessas mulheres? Que políticas públicas de atenção à saúde têm sido dispensadas a elas?

Devido às vias injustas do processo histórico de discriminação social, as mulheres tidas como loucas infratoras compõem uma parcela da

população especificamente esquecida e excluída de uma série de direitos fundamentais para a garantia de uma saúde integral. Os efeitos do sexismo são particularmente violentos quando se considera, ainda, a raça. Sobre as mulheres negras recai também o peso do preconceito racial.

Assim, é preciso inserir o sexismo e o racismo e suas consequências nas discussões que regem o campo da saúde e, particularmente, da medida de segurança. Conhecer o perfil das mulheres nesse contexto é, portanto, fundamental para (re)formular políticas públicas de atenção psicossocial que atentem para elas.

2 Metodologia

Para tanto, foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa mediante a análise documental de todos os processos e prontuários existentes no Distrito Federal concernentes às chamadas loucas infratoras entre 1º de outubro de 2013 e 29 de julho de 2014. Os dados obtidos correspondem à totalidade das mulheres no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal no período anteposto.

O acesso às fontes de dados foi feito no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), de forma a assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações que pudessem identificar as referidas mulheres. Para a coleta, foi elaborado um instrumento de pesquisa com o objetivo de levantar o perfil sociodemográfico desse grupo de pessoas. As questões foram divididas em dois blocos: um concernente à identificação (idade, raça, situação conjugal, escolaridade e profissão) e outro referente à situação processual (incidência penal e diagnóstico) das mulheres. Esse instrumento foi avaliado e validado pelos profissionais da saúde que atuam na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do TJDFT, anteriormente ao início da coleta de dados. Foi realizado, ainda, um pré-teste do instrumento durante o mês de setembro de 2013, igualmente antes do início da coleta de dados, para averiguar possíveis lacunas e inadequações às fontes de dados.

Todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos no país, foram observados (BRASIL, 2012). A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (CAAE: 16027013.5.0000.5540).

3 O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal

No Distrito Federal, a internação ocorre na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFD). Já o tratamento ambulatorial acontece nas redes pública e privada de saúde. No período de 1o de outubro de 2013 a 29 de julho de 2014, cumpriam medida de segurança 173 indivíduos. Destes, 76 (44%) estavam na internação, 65 (38%) estavam no tratamento ambulatorial e 32 (18%) estavam na desinternação condicional, uma das formas de desvinculação da Justiça.

As mulheres somavam 22 (13%). Eram 7 (32%) na internação, 13 (59%) no tratamento ambulatorial e 2 (9%) na desinternação condicional.

As idades delas variavam de 25 a 59 anos. Não foi observada nenhuma diferença significativa entre as idades: 4 mulheres (18%) tinham entre 25 e 29 anos, 4 mulheres (18%) tinham entre 30 e 34 anos, 3 mulheres (14%) tinham entre 35 e 39 anos, 3 mulheres (14%) tinham entre 40 e 44 anos, 4 mulheres (18%) tinham entre 45 e 49 anos e 4 mulheres (18%) tinham entre 50 e 59 anos.

Considerando-se a classificação de raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a qual pretos e pardos compõem o grupo de pessoas negras, a maioria das mulheres foi considerada negra. Tratava-se de 18 mulheres (82% do total). Três mulheres (14%) foram consideradas brancas. Em um caso, não havia informação quanto à raça. Todas foram heteroclassificadas pelo Instituto Médico Legal (IML), responsável, no Distrito Federal, pela perícia médica legalmente requisitada para o encaminhamento da medida de segurança e uma possível desvinculação da Justiça.

Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres era solteira – o equivalente a 55% ou 12 mulheres, em valor absoluto. Dentre as demais, 6 (27%) eram casadas ou viviam em união estável, 2 (9%) eram divorciadas ou separadas e 2 (9%) eram viúvas.

A maioria das mulheres (36% ou 8, em valor absoluto) que cumpriam medida de segurança não tinha completado o ensino fundamental. Quanto às demais, 1 (5%) era analfabeta, 4 (18%) tinham o ensino fundamental completo, 5 (23%) tinham o ensino médio, 3 (14%) tinham o ensino superior e 1 (5%) tinha pós-graduação. Se considerada

a soma das mulheres cuja escolaridade ia até o ensino fundamental completo, tinha-se a maioria de 13 mulheres (59%).

Como reflexo do perfil apresentado para a escolaridade, a maioria das mulheres estava desempregada (o equivalente a 23% ou 5 mulheres, em valor absoluto). A seguir, é apresentada uma tabela com a informação completa das profissões dessas mulheres (Tabela 1).

Quanto às infrações penais, a maioria dos crimes foi cometida contra o patrimônio (41% ou 14, em valor absoluto). Em seguida, aparecem os crimes contra a pessoa (21% ou 7, em valor absoluto) e os crimes contra a administração pública (12% ou 4, em valor absoluto). É importante considerar, neste quesito, que um indivíduo pode ter cometido mais de uma infração penal. A seguir, é apresentada outra tabela, desta vez com a informação completa das infrações penais cometidas pela população feminina em medida de segurança no Distrito Federal (Tabela 2).

Finalmente, em relação aos diagnósticos das mulheres, prevaleciam os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, o correspondente a 6 mulheres (ou 27% dos casos). Um desses casos estava associado a transtorno afetivo bipolar. Outro, a transtorno psicótico. Além desses casos, havia 4 mulheres (18%) com transtorno afetivo bipolar. Havia 3 mulheres (14%) com esquizofrenia. Em um desses casos, a esquizofrenia estava associada a transtornos de personalidade (Transtorno de Personalidade Borderline – TPB). Havia 2 mulheres (9%) com epilepsia. Em um desses casos, a mulher tinha epilepsia com episódio depressivo moderado e, em outro, a mulher tinha psicose epiléptica, associada a retardo mental moderado e transtornos mentais orgânicos. Também havia 2 mulheres (9%) com o diagnóstico de psicose não-orgânica não especificada. Havia, ainda, 1 caso (5%) de transtornos de personalidade, 1 caso (5%) de cleptomania, 1 caso (5%) de transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral, 1 caso (5%) de transtorno obsessivo-compulsivo e 1 caso (5%) de transtorno depressivo recorrente associado a estado de estresse pós-traumático e transtorno de adaptação.

Desses resultados, pode-se concluir que, no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal, entre 1º de outubro de 2013 e 29 de julho de 2014, 82% das mulheres eram negras, 55% eram solteiras, 59% tinham baixa escolaridade e 23% estavam desempregadas. 41% dos crimes cometidos por elas foram contra o patrimônio. Quanto

aos diagnósticos, 27% dessas mulheres tinham transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas.

4 A construção da loucura e o duplo estigma das mulheres que cumprem medida de segurança

A loucura se inscreve num plano de realidade: ela não está apenas localizada no indivíduo como também revela algo do contexto em que emerge. A loucura não é uma entidade independente, com características próprias, separada da normalidade. A concepção de loucura depende do entendimento correspondente de normalidade socialmente estipulado (FOUCAULT, 2008; FRAYZE-PEREIRA, 1994). Assim, para compreender o que é loucura, é necessário conhecer os padrões de normalidade da sociedade a que um indivíduo pertence.

Historicamente, foram considerados loucos (e loucas) aqueles que se desviaram desse modelo ideal, portanto não natural, de normalidade socialmente compartilhado. No Renascimento, entre os séculos XIV e XVI, essas pessoas eram confinadas em barcos, as “naus dos loucos”, que as expulsavam das cidades europeias. Nos séculos XVII e XVIII, no momento da “grande internação”, como anteposto, foram os pobres que preencheram as casas de internamento. Para o pensamento moderno, burguês, protestante e mesmo católico, o trabalho era moralmente obrigatório. Um dos sentidos da exclusão social naquele período era, portanto, ético: não havia qualquer preocupação de cura, mas de culpabilização, correição, vigilância e punição da pobreza (FOUCAULT, 2008; FRAYZE-PEREIRA, 1994).

No Brasil dos séculos XX e XXI, o que se observou (e se observa) histórica e socialmente é igualmente uma cumplicidade da Medicina e da Justiça com a moral (Foucault, 2008; Frayze-Pereira, 1994). Até os anos 1980, por exemplo, meninas grávidas violentadas por seus patrões, mulheres que tinham perdido a virgindade antes do casamento, esposas abandonadas pelos maridos, prostitutas, entre outras mulheres consideradas desajustadas, eram levadas em “trens de doido”, como ficaram conhecidos esses meios de transporte (ROSA, 2005), nos moldes das “naus dos loucos” renascentistas, para o Colônia, hospício localizado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, onde permaneciam em condições desumanas. Nesse local, morreram cerca de 60 mil pessoas, mulheres e homens, num episódio que ficou conhecido

como holocausto brasileiro (ARBEX, 2013). Essa situação se repetiu em diversos outros estabelecimentos destinados a confinar pessoas com transtornos mentais.

Atualmente, sobre as mulheres que cumprem medida de segurança no país recai, ainda, outra marca, além de serem consideradas doentes: a de serem criminosas. Duplamente estigmatizadas, loucas e infratoras, essas mulheres são usualmente esquecidas e silenciadas em nossa sociedade.

Considerado o sistema prisional como um todo, em 2014, o Brasil tinha a quinta maior população carcerária feminina do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, da China, da Rússia e da Tailândia (BRASIL, 2014b). Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, nesse mesmo ano, o número total de pessoas encarceradas no Brasil era de 622.202 (BRASIL, 2014a). Nesse universo, o número de mulheres representava 6% (37.380) (BRASIL, 2014b). Já o Censo realizado em 2011, especificamente sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico, mostra que o número total de pessoas nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil era de 3.989, das quais 7% (291) eram mulheres (DINIZ, 2013).

Por sua vez, em estudo realizado em 2013 sobre gênero e raça na saúde mental, no qual foi levantado o perfil socioeconômico de 239 pacientes do maior hospital psiquiátrico do Distrito Federal, mostrou-se que cerca de 70% (167) das pessoas internadas ou que passaram pelo serviço eram do sexo feminino (MENEZES; SILVA, 2013). Se esse serviço puder ser considerado um retrato do que é encontrado no país como um todo, pode-se inferir que, embora sejam a maioria na rede de atenção à saúde mental, as mulheres que tiveram algum conflito com a lei são minoria, se comparadas aos homens.

Para além da construção de modelos sociais de loucura (e de criminalidade) que refletem desigualdades de gênero, sobre os quais se discorrerá a seguir, esses números sugerem existir uma certa invisibilidade das mulheres no contexto da medida de segurança. A desatenção às especificidades desse grupo pode ser exemplificada pela execução dessa sanção na modalidade de internação no Distrito Federal. Como anteposto, não há HCTP na capital federal. Há uma ATP, localizada na PFDF, que é destinada unicamente aos homens. As mulheres ficam internadas juntamente às presidiárias comuns nessa penitenciária. Isso ocorre a despeito de a legislação, teoricamente, isentá-las de pena e submetê-las a um tratamento.

5 Raça, loucura e criminalidade

A discriminação racial também está estampada no sistema prisional como um todo e no âmbito da medida de segurança, particularmente. A desigualdade decorrente dessa discriminação está diretamente atrelada à falta de acesso à escolaridade e à qualificação profissional, entre outros fatores sociais produtores de situações de vulnerabilidade.

As injustiças geradas a partir do processo de escravidão deixaram vestígios que definem o lugar e as condições de vida das pessoas negras e refletem o atual quadro de iniquidades que atravessa a sociedade brasileira. Devido a essa herança, atribui-se a pobreza à raça negra – pobreza essa que não se justifica apenas a partir de um passado, mas também das marcas projetadas desse processo histórico nos dias de hoje, que resultam em preconceito e, como mencionado, falta de acesso a oportunidades. Nos diversos setores, esses marcadores imprimem diferenças sociais e colocam em desvantagem as pessoas negras na educação, no mercado de trabalho e nos serviços de saúde, o que implica uma naturalização da associação da pobreza e da subalternidade ao corpo negro, situação que não pode ser entendida fora de suas conexões com a realidade histórica, social, política e econômica.

Em relação à população carcerária brasileira, segundo o Infopen, em 2014, 62% eram negros e 75% tinham até o ensino fundamental completo (BRASIL, 2014a). De acordo com o Infopen Mulheres, ainda em 2014, 68% das mulheres encarceradas eram negras e 72% tinham até o ensino fundamental completo (BRASIL, 2014b).

Quanto às mulheres em medida de segurança no Distrito Federal, elas eram, nesse mesmo ano, como anteposto, em sua maioria, negras (82%), tinham até o ensino fundamental completo (59%) e encontravam-se desempregadas (23%) ou possuíam profissões que exigem pouca qualificação.

A punição da pobreza, tal como observado na Europa dos séculos XVII e XVIII, é atualizada no Brasil dos séculos XX e XXI. Em nosso país, onde a pobreza tem cor, é importante questionar, destarte, a que raça, escolaridade e classe social são atribuídas a loucura e a criminalidade.

6 A (re)formulação de políticas públicas de atenção psicossocial voltadas para as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei

Associada a essas questões há outra, igualmente relevante. Para as mulheres com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei, a saída torna-se amiúde longínqua porque são, em sua maioria, solteiras. Há três critérios para a desvinculação da Justiça: o tempo de reclusão; a avaliação do estado de sanidade mental para a verificação da cessação de periculosidade, mediante a realização de exames psiquiátricos e psicológicos pelo IML e pela Seção Psicossocial da VEP do TJDF, respectivamente; e a existência de parente que as acolha. Em relação ao terceiro critério, é importante questionar se as mulheres, que são tidas habitualmente como cuidadoras, também contam, no âmbito da medida de segurança, com a presença de alguém que por elas se responsabilize. Além de solteiras, algumas dessas mulheres cometeram um crime contra um familiar. Nesses casos, há parentes que tomam o papel de assumi-las?

Nesse contexto, o Estado deve suprir essas lacunas (QUINAGLIA SILVA; BRANDI, 2014). A mencionada Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 5º, prevê que

[...] o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

O tratamento deve visar, como finalidade permanente, à reinserção social (BRASIL, 2001). Foram, assim, editadas portarias para a desinstitucionalização e a humanização do tratamento dispensado a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, de acordo com o porte/complexidade e a abrangência

populacional, CAPSi, voltados a crianças, jovens e adolescentes, e CAPSad, direcionados a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). Os CAPS são instituições que deveriam oferecer a essa população atendimentos médico e psicológico.

Já as Portarias nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, e nº 246, de 17 de fevereiro de 2005, visam à criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), moradias destinadas a abrigar essas pessoas e a servir de suporte para a prestação de serviços de atenção psicossocial substitutivos à internação em hospitais-presídios (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b; BRASIL, 2005). Não obstante, essa proposta legal ainda não ganhou contrapartida real: no Distrito Federal, por exemplo, não há nenhuma residência terapêutica.

Além dos CAPS e dos SRTs, outros serviços merecem, ainda, ser implementados, como os centros de convivência e cultura. Ademais, uma atenção especial deveria ser dada ao aprimoramento de políticas públicas de atenção psicossocial destinadas às pessoas dependentes de álcool e outras drogas, como é o caso das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal, cujo diagnóstico prevalente foram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas. Uma estratégia seria investir nos CAPSad, anteriormente mencionados, com práticas de redução de danos, voltadas efetivamente ao atendimento de pessoas com esse perfil. Por fim, também deveria haver políticas específicas direcionadas às mulheres no âmbito da medida de segurança, que se encontram ainda mais fragilizadas devido ao comprometimento mental e às discriminações social e racial que experimentam.

Não obstante, a ambiguidade da medida de segurança acarreta a prevalência de uma perspectiva punitiva sobre a do cuidado. A superveniência da Lei nº 10.216/2001 deveria trazer o entendimento de que, via de regra, às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei cabe não a internação, como previsto no Código Penal (BRASIL, 1940), mas o tratamento ambulatorial. A internação só deveria ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes (BRASIL, 2001). Todavia, embora esse instituto devesse ser regido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ele o é pelos princípios da execução penal (BRASIL, 2011). Nesse sentido, os modelos substitutivos à internação em HCTPs e ATPs ainda carecem de ser implementados. Há falta de tratamentos disponíveis na rede de serviços de saúde, que não supre a demanda existente.

O parecer sobre a medida de segurança e os HCTPs sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001, elaborado pelo Ministério Público

Federal em parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, aponta que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (BRASIL, 2011). Essa constatação enseja o seguinte questionamento: a medida de segurança garante um efetivo tratamento, como aquele preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica, ou é, na prática, uma sanção penal que visa a penalizar o autor de condutas delitivas?

Nesse sentido, para além da análise da identificação (idade, raça, situação conjugal, escolaridade e profissão) e do diagnóstico das mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, é pertinente verificar, finalmente, na situação processual delas, a incidência penal. No Distrito Federal, há uma prevalência do furto e do roubo como infrações. No Brasil, o Censo realizado em 2011 sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico revela que, apesar de as mulheres serem uma minoria no âmbito da medida de segurança (há uma mulher para cada 12 homens), elas cometem mais homicídios que os homens e suas principais vítimas são os filhos (24% das vítimas dos homicídios cometidos por mulheres) (DINIZ, 2013). Dessa afirmação é pertinente inquirir se as mulheres matam efetivamente mais que os homens ou se aquelas que o fazem são tachadas de loucas. Se nos HCTPs e ATPs do país não se encontram homens que tenham cometido um crime similar, isso significa que não existem homens que matem seus filhos ou suas filhas? Ou, nesses casos, os homens não são considerados loucos, mas sim assassinos ou homicidas? Ora, como já assinalado, as sociedades constroem modelos de loucura (e de criminalidade).

Em nossa sociedade, com suas divisões e desigualdades de gênero, além daquelas referentes à raça e à classe social, pode-se questionar se a medida de segurança não tem sido concedida a esse grupo específico como tutela travestida de benefício. A mulher que furta ou rouba, assim como a que mata, só pode ser considerada louca.

O efeito perverso do caráter de inimputabilidade ou semi-imputabilidade concedido a ela é a perda de responsabilidade. Se havia culpabilização da loucura na Europa dos séculos XVII e XVIII, como apontado anteriormente, ela deixa de existir no Brasil dos séculos XX e XXI. A noção de culpa, que é associada a uma ação praticada no passado e que prevê uma pena para essa ação por tempo determinado, é substituída pela de periculosidade, que lança um juízo para o futuro. Isso quer dizer que a medida de segurança pode significar uma reclusão *ad aeternum* (BRASIL, 2011). Afinal, o transtorno mental pode cessar ou permanece

apenas sob controle? A marca da periculosidade tem justificado, assim, o enclausuramento e o abandono perpétuos das pessoas em medida de segurança, particularmente das mulheres (DINIZ, 2013).

Caberia um aprofundamento do estudo da incidência penal em correlação com os diagnósticos e os sintomas que aparecem nos processos e nos prontuários dessas mulheres para um entendimento da classificação como louca infratora, bem como para uma reapropriação de tal concepção.

Nesse universo de anônimos que é a medida de segurança, as mulheres configuram, portanto, um grupo que merece ser nomeado e conhecido. As relações de gênero e raça, entre os fatores mencionados anteriormente, podem contribuir para gerar situações de vulnerabilidade que interferem diretamente na ação ou omissão do Estado e, conseqüentemente, na vida e na saúde dessas mulheres. A estigmatização e a negligência a que são submetidas precisam ser reveladas. Conhecer esse perfil é fundamental para (re)formular políticas públicas de atenção psicossocial que atendem para elas. Espera-se, destarte, que a atenção ao trinômio gênero-raça-loucura possibilite a implementação de ações políticas como ensino para a efetivação de mudanças.

Tabela 1 – Profissões da população feminina em MS – DF, 2013/2014

Profissão	Nº
Auxiliar de serviços gerais	1
Comerciante	2
Costureira	1
Cozinheira	1
Doméstica	1
Empresária	1
Enfermeira	1
Funcionária pública	1
Garota de programa	1
Manicure	2
Oficial de justiça	1
Aposentada	2
Desempregada	5
Sem informação	2
Total	22

Tabela 2 – Infrações penais cometidas pela população feminina em MS – DF, 2013/2014

Infrações	Nº	Infrações	Nº
Crimes contra a pessoa	7	Crimes contra a fé pública	1
Homicídio simples	1	Falsificação de documento público	1
Homicídio qualificado	1	Crimes contra a administração pública	4
Tentativa de homicídio simples	1	Peculato	1
Lesão corporal	2	Desacato	2
Ameaça	2	Coação no curso do processo	1
Crimes contra o patrimônio	14	Crimes da Lei Antidrogas	1
Furto	2	Tráfico de drogas	1
Furto qualificado	3	Crimes do Estatuto do Desarmamento	1
Tentativa de furto	1	Porte ilegal de arma de fogo de uso permitido	1
Roubo	3	Crimes da Lei Maria da Penha	1
Tentativa de roubo	3	Violência doméstica e familiar contra a mulher	1
Dano qualificado	1	Contravenções Penais	3
Estelionato	1	Porte de arma fora de casa, sem licença da autoridade	1
Crimes contra a dignidade sexual	2	Prática de vias de fato contra alguém	1
Corrupção de menores	2	Excitação de animal, expondo a perigo a segurança alheia	1
Total			34

* Um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma categoria.

Referências

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 7 dez. 1940.

_____. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 11 fev. 2000a.

_____. Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional de cuidador em saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 7 nov. 2000b.

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

_____. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 19 fev. 2002.

_____. Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 17 fev. 2005.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen)*. Brasília: Ministério da Justiça, 2014a.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) Mulheres*. Brasília: Ministério da Justiça, 2014b.

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

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 12 dez. 2012.

- CARRARA, S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres/UnB, 2013.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O que é loucura*. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- MENEZES, A. M.; SILVA, R. M. C. Os impactos da discriminação, violência e pobreza na saúde mental das mulheres. In: SILVA, R. M. C. (Org.). *Raça e gênero na saúde mental do Distrito Federal*. Brasília: UniCEUB, 2013.
- QUINAGLIA SILVA, E. Gênero e loucura: o caso das mulheres que cumprem medida de segurança no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. In: STEVENS, C.; RODRIGUES DE OLIVEIRA, S.; ZANELLO, V. (Org.). *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. Florianópolis: Mulheres, 2014.
- _____; BRANDI, C. Q. A. C. S. “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?”: interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3947-3954, 2014.
- ROSA, J. G. *Primeiras estórias*. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.



Dentre muros: a trajetória de um hospital psiquiátrico

Michelle Camargo

*Respiro e persigo
Uma luz de outras vidas.
E ainda que as janelas se fechem, meu pai
É certo que amanhece.*
(Hilda Hilst, *A obscena senhora D.*)

1 Introdução

Este capítulo se dedica ao resgate de memórias presentes na biografia de Benedita Fernandes e nas fotografias do antigo sanatório que leva seu nome, com vistas à compreensão do protagonismo feminino na elaboração e execução de associações filantrópicas, pouco antes da metade do século XX, que foram responsáveis pela criação das primeiras políticas públicas de saúde mental no noroeste do estado de São Paulo.

Durante os primeiros anos de 1930, época da construção das primeiras casas assistencialistas para crianças, idosos e os considerados “doentes mentais” na cidade de Araçatuba (PINHEIRO; BODSTEIN, 1997), tais associações filantrópicas construíram relações com o movimento espírita local. Assim, a história do hospital psiquiátrico Benedita Fernandes, *locus* desta pesquisa, mostra-se atravessada pela conjectura política e social da época de sua fundação, pela relação

com os movimentos religiosos espíritas e pela história das associações filantrópicas no Brasil.

2 A trajetória de Benedita Fernandes

Antes de adentrar na trajetória de Benedita Fernandes, para lançar luz sobre a história do hospital psiquiátrico, é necessário definir o que se entende por trajetória.

Suely Kofes (2001), em etnografia sobre a trajetória de Consuelo Caiado, avaliando a impossibilidade de se contar uma história de vida a partir dos relatos da própria pessoa biografada – forma pela qual a antropologia clássica se utilizou do método biográfico –, evidencia ao leitor que não pretende reconstruir a vida de Consuelo em narrativa, mas, sim, focar seu interesse nas experiências do sujeito de pesquisa. Ao perseguir a história de vida de Consuelo Caiado através de sua trajetória, por meio de narrativas plurais, contadas por outros sujeitos que não ele, a autora afirma: “[...] penso, portanto, que posso situar melhor o que estarei aqui chamando de trajetória: o processo de configuração de uma experiência social singular” (KOFES, 2001, p. 27).

Assim como na narrativa sobre a trajetória de Consuelo (KOFES, 2001), dada a impossibilidade de se narrar a história de vida de Benedita por ela mesma, tentei priorizar, neste capítulo, sua trajetória social, ou seja, no que se refere ao seu papel de fundadora, articuladora e gestora de uma entidade filantrópica destinada à prestação de serviços médicos, sanitários e educacionais para a população mais pobre, a partir da década de 1930, na cidade de Araçatuba, no interior de estado de São Paulo. Faço-o com o intuito de apresentar ao leitor a trama que levou à construção do sanatório, mais tarde transformado em hospital psiquiátrico.

Em outras palavras, a experiência social de Benedita é singular, visto que ela foi a responsável pela criação e gestão de práticas assistencialistas destinadas às classes populares, assim como aconteceu com outras entidades filantrópicas e assistencialistas criadas por mulheres (MOTT, 2005).

Pouco se sabe sobre a trajetória de Benedita Fernandes. *Dona Benedita*, nome pelo qual é retratada, foi sempre descrita pelos informantes com muita afetividade. Essa afetividade, presente nas falas dos funcionários e dos pacientes do hospital, também se faz presente nas fotografias e nas cartas de crianças e adultos que moraram nele. Nas fotografias levantadas no acervo iconográfico do Hospital Benedita

Fernandes (HBF), podemos ver duas crianças que viveram no orfanato, conviveram com Benedita e registram seu afeto, anexando às fotografias algumas inscrições como esta: “À Mãe Dita, com nosso afeto”.

Além das cartas e fotografias do acervo do HBF, levantadas durante os anos de 2014 a 2017, que remetiam a essa identificação afetiva em relação a Benedita Fernandes, sua história de vida se confunde com as histórias das mulheres que moravam no chamado “Abrigo”, casas destinadas às mulheres e aos homens que passaram por um longo período de institucionalização. Em 2015, tive oportunidade de conversar com Laurinha, moradora do Abrigo desde a década de 1990, quando foi inaugurado.

Enquanto conversávamos sobre os itinerários relacionados à saúde mental de Laurinha, sua trajetória de vida até aquele momento e o que ela fazia no curso de seu dia, Laurinha trouxe-me uma toalha bordada, juntamente com outros panos que ela costurava, e pôs-se a falar sobre seu bordado, contando que havia aprendido a bordar observando a toalha em questão e dizendo-me que aquele objeto teria sido bordado por Benedita Fernandes, sua tia.

Ao buscar averiguar tal informação do parentesco entre Laurinha e Benedita junto às assistentes sociais, conhecedoras da história de vida de Laurinha, pude logo compreender que essa informação era uma história recriada por Laurinha, em suas narrativas em delírio, na (re)elaboração das rupturas de seus laços familiares consequentes de longos anos de internação.

Assim, a história (re)construída por Laurinha sobre seu parentesco com Benedita Fernandes, que ela chamava de “tia Dita”, demonstra o quanto a vida de Benedita, ou a representação do que se criou sobre ela, se atrela a memórias das moradoras do ex-sanatório, bem como a um imaginário social que faz com que ela seja sempre citada quando adentramos no universo desse hospital psiquiátrico.

O próprio campo me levou a querer compreender melhor a história de vida de Benedita e como ela está relacionada simbolicamente à história da instituição, seja nas histórias de vida de outras pessoas que por ali passaram, nas narrativas de mulheres *moradoras* do hospital, ou mesmo nas inscrições encontradas nas fotografias.

Nesse sentido, contar o que se narra sobre *tia Dita* também auxilia na compreensão da relação entre associações filantrópicas, o movimento espírita e a psiquiatria, presente no momento em que o hospital psiquiátrico Benedita Fernandes foi construído. Essa tríade, na década de 1940, quando da fundação do hospital, foi a responsável

pela implementação das primeiras políticas públicas de saúde mental na cidade de Araçatuba, no interior do estado de São Paulo.

Apesar das inúmeras menções a Benedita Fernandes por parte de pacientes e de gestores, permanecem escassas as referências bibliográficas acerca dessa personalidade. Há apenas um livro sobre ela, intitulado *A dama da caridade: apontamentos sobre Benedita Fernandes* (CARVALHO, 1987), de caráter religioso, impresso por uma editora espírita e que conta – através das atas de fundação do sanatório, entrevistas com os espíritas que conviveram com *tia Dita* e mensagens psicografadas¹ por ela – a trajetória de uma mulher vista como uma médium ou medianeira. O sujeito médium ou medianeiro, segundo a cosmologia espírita, é alguém que possui a capacidade de se comunicar com os espíritos (CAVALCANTI, 1983).

Tal mediunidade foi responsável, segundo Carvalho (1987), por uma visão espiritual, um tipo de transe consciente, vivenciado por *tia Dita* quando se encontrava confinada na cadeia de Araçatuba. Nesse episódio, a médium teria estabelecido contato com espíritos, que lhe ofereceram a redenção espiritual no cuidado com os mais necessitados em troca da cura de sua loucura. Desde então, *tia Dita* teria sido libertada da cadeia e iniciado seus labores.

Logo no início da segunda edição do livro de Carvalho (1987), explicita-se uma preocupação nas considerações da editora em narrar um episódio ocorrido dentro de uma sessão mediúcnica, em um centro espírita na cidade de Penápolis, no interior de São Paulo.

Segundo a narrativa, o espírito de Benedita Fernandes, por meio de um transe mediúcnico, teria feito um pedido de reedição do presente livro em março de 1987, bem como a publicação de outro livro, sobre a vida de um dos membros de tal centro espírita, líder do movimento espírita local, que teria convivido com ela (CARVALHO, 1987).

Segundo o relato da editora, o membro do movimento espírita que estaria naquela sessão mediúcnica teria negado tal biografia, o que teria gerado uma reação do espírito de Benedita Fernandes, que insistia na necessidade da publicação de biografias de pessoas que teriam lhe ajudado em vida:

¹ “A psicografia é uma forma de mediunidade que ocupa lugar importante no Espiritismo. Sua origem é simultânea à constituição dessa religião [...]. Em estreita ligação com o *Estudo*, a psicografia afirma num outro plano a valorização da palavra escrita” (CAVALCANTI, 1983, p. 121).

“Então, hei eu de ficar aí, sem pai nem mestre, solta no espaço, para que não vejam a mão que me sustentou na desgraça, em meio às quedas morais e a insânia, só porque o senhor não permite? Há de ver que para a humildade há medida, e que as flores servem para ficar na ponta dos galhos e não sobre o chão” (CARVALHO, 1987, p. 8).

A publicação de tal mensagem, atribuída ao espírito de Benedita Fernandes, logo no início do livro, permite compreender a importância do movimento espírita local na trajetória de Benedita Fernandes, bem como a influência espírita dentro das dinâmicas e terapêuticas do próprio HBF. O referido livro, que narra a história de Benedita, é citado tanto nos planos de ação terapêutica e gestões elaborados pela equipe técnica do HBF quanto no conteúdo do *site*² do HBF, que resgata a história de Benedita para explicar a própria história.

Deste modo, a utilização da obra *A dama da caridade* (CARVALHO, 1987) no *website* do hospital, nos planos de ação elaborados pela equipe técnica, bem como nas memórias dos funcionários – que me indicaram o referido livro no primeiro dia de campo, como fonte historiográfica de grande relevo – demonstra como esse contar da história do HBF é indissociável do contar da trajetória de Benedita, dos assistencialismos das entidades filantrópicas e do movimento espírita que a ela se atrelam.

3 Benedita Fernandes e a Associação das Senhoras Cristãs

Pouco ou quase nada se sabe sobre a infância e a juventude de Benedita Fernandes. Segundo o levantamento de publicações de jornais espíritas como o *Clarim*, feito por Carvalho (1987), Benedita Fernandes nasceu em 1883 e faleceu em 1947. Ainda segundo o autor, Benedita era originária da cidade de Campos Novos da Cunha, no interior de São Paulo, e havia migrado para a cidade de Penápolis durante sua juventude. Nessa cidade, foi vista como “andarilha”, termo utilizado no interior de São Paulo em referência aos moradores de rua que passam a maior parte do seu tempo caminhando pelas cidades.³

² Disponível em: <<http://hbf.org.br/-historico>>. Acesso em: 13 maio 2013.

³ Informações contidas nas notas de campo, levantadas durante os anos de 2014 a 2017.

Tanto o livro de Carvalho (1987) quanto o *website* do hospital psiquiátrico – em seção referente ao histórico da instituição – contam que Benedita, aos 20 anos, teria sido encaminhada à cadeia de Penápolis, sendo presa por andar com uma tesoura na mão enquanto entrava sonâmbula nos quartos da casa vizinha. Tal atitude teria preocupado os vizinhos, que a levaram para a delegacia, como um gesto de “proteção”.

Vale lembrar que o episódio de encarceramento de Benedita na cadeia da cidade ilustra uma prática recorrente no Brasil, em uma época em que não existia nenhum tipo de terapêutica, cuidado ou tratamento destinado aos sujeitos considerados “loucos”, sendo realizada apenas sua retirada da paisagem urbana, através da reclusão.

De acordo com Cunha (1994), no Brasil, até o final do século XIX, as práticas destinadas ao controle da loucura estabeleciam-se como meros mecanismos de controle social. Destinadas à reclusão de “loucos furiosos”, a cadeia, as Santas Casas e a Casa de Correção se constituíam como o lugar da contenção da loucura, cuja detenção poderia extrapolar até mesmo a lógica médica:

A escala em que eram adotadas tais providências era, no entanto, bastante reduzida e destinada praticamente aos “loucos” agitados e aos delinquentes. São constantes nos documentos oficiais e nas descrições de época as queixas generalizadas de administradores de prisões e hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia quanto a “indisciplina” gerada pelo convívio maléfico entre loucos e sãos, em prejuízo a ordem dos estabelecimentos (CUNHA, 1994, p. 58).

Em outras palavras, até o final do século XIX, período que marca a construção dos primeiros sanatórios ou manicômios no Brasil, os “loucos” eram compreendidos como sujeitos comuns à paisagem urbana e, quando considerados “perigosos”, eram recolhidos juntamente com os delinquentes e reclusos nas cadeias, nas Santas Casas e nas Casas de Correção, gerando muitas vezes conflitos com os “sãos” (CUNHA, 1994).

Com Benedita não foi diferente. Quando alocada na condição de “louca perigosa” por andar com uma tesoura na mão e perturbar a ordem da vizinhança, foi levada à cadeia de Penápolis, em regime de reclusão, e deixada aos cuidados do carcereiro, como mencionado anteriormente.

Passados 15 dias de detenção, Benedita recebe autorização do delegado para sair do cárcere, volta para sua casa e começa a trabalhar como lavadeira. Seu cotidiano de trabalho a leva a estabelecer relações

sociais com outras lavadeiras, que faziam parte do movimento espírita local. No início dos anos 1930, Benedita inicia, nas imediações do centro espírita *Paz, amor e caridade*, no bairro de Santana, na cidade de Araçatuba, um trabalho de cuidado, como a distribuição de sopas e práticas de passes mediúnicos⁴ para crianças e obsediados,⁵ dentre eles os considerados doentes mentais. Para tanto, foi preciso construir duas casas, erguidas em madeira pela própria Benedita, juntamente com outras lavadeiras (CARVALHO, 1987).

Para garantir o funcionamento dessas casas, o que envolvia a obtenção de recursos financeiros para a distribuição de sopas, por exemplo, foi necessário institucionalizá-las, através da criação de uma associação filantrópica. Isso levou Benedita a estabelecer e articular redes com outras mulheres, frequentadoras do centro espírita *Paz, amor e caridade*. Em 3 de março de 1932, em reunião nas dependências desse centro, foi fundada a “Associação das Senhoras Cristãs” (CARVALHO, 1987), atual entidade filantrópica responsável pela gestão do Hospital Benedita Fernandes.

No ano de fundação da Associação das Senhoras Cristãs, em 1932, o Brasil estava sob a gestão do Estado Novo, de Getúlio Vargas. Durante os anos de 1930 a 1945, as associações filantrópicas foram as maiores responsáveis pela implementação das políticas assistencialistas voltadas à integração e disciplinarização das camadas populares (MESTRINER, 2005).

Na época, as instituições filantrópicas eram, em sua maioria, compostas por entidades religiosas, que recebiam auxílios financeiros e subvenções sociais como moeda de troca no cuidado e disciplinarização dos pobres em situação de vulnerabilidade social, como crianças, idosos e doentes mentais (MESTRINER, 2005). É nesse período que surge no país o chamado primeiro-damismo, com Darci Vargas, esposa de Getúlio Vargas, como símbolo das associações assistencialistas, dentre elas as filantrópicas (MESTRINER, 2005).

Pode-se dizer que a relação entre assistencialismo, filantropia e mulheres na elaboração, construção e manutenção das associações

⁴ Os passes mediúnicos podem ser definidos como uma “troca fluídica do mundo visível (dos homens) com o mundo invisível (dos espíritos) e é realizada por um médium” (CAVALCANTI, 1983).

⁵ Na cosmologia espírita, obsediados são pessoas que recebem influências de espíritos considerados maus, o que poderia levar à perturbação completa das faculdades mentais (CAVALCANTI, 1983).

filantrópicas para além do primeiro-daminismo foi, por muito tempo, negligenciada pela historiografia tradicional da filantropia (MOTT, 2005).

Maria Lucia Mott (2003, 2005), em seu trabalho sobre as biografias de Pérola Byington e Maria Rennotte, analisa a participação das mulheres nas entidades filantrópicas na cidade de São Paulo e encontra na trajetória dessas mulheres um pioneirismo e um agenciamento feminino enquanto exercício de cidadania.

De acordo com a autora, a participação das mulheres e o papel que elas estabeleceram em tais entidades filantrópicas – voltadas à prestação de serviços para a população mais pobre, por meio do assistencialismo médico, social e educacional – são um tema que foi pouco explorado pela historiografia tradicional brasileira, cuja compreensão sobre a história dessas mulheres tende a limitá-la a um papel secundário na história da filantropia, na qual elas ocupariam não mais que um lugar de coadjuvantes e organizadoras de eventos:

Permanece na historiografia a imagem da filantropia como obra masculina, sendo as mulheres vistas como coadjuvantes, meras organizadoras de festas para o levantamento de fundos, bem como é pouco conhecido o papel que tiveram na criação, manutenção e elaboração dos programas de associações de assistência educacional, médica e social (MOTT, 2005, p. 43).

O papel exercido por Pérola Byington na criação, organização, administração e manutenção de entidades filantrópicas endereçadas à assistência sanitária, médica, social e cultural na cidade de São Paulo, como o Hospital Cruzada Pró-Infância, posteriormente nomeado como Hospital Pérola Byington (MOTT, 2003), pode ser pensado em paralelo com o papel exercido por Benedita Fernandes na criação, administração e manutenção da Associação das Senhoras Cristãs na cidade de Araçatuba.

Na ata de fundação da Associação das Senhoras Cristãs, de 6 de março de 1932, Benedita Fernandes aparece como presidente, Manuel Gonçalves como secretário e Maria Bogalho Gonçalves como tesoureira (CARVALHO, 1987). Pode-se notar, a partir da observação da própria ata, o papel predominante das mulheres na criação, organização, administração e manutenção de uma associação que se destinava, assim como a de Pérola Byington, para as camadas mais pobres da sociedade, através de práticas assistencialistas que atuavam tanto no âmbito sanitário e médico quanto no social e educacional.

Esse protagonismo das mulheres na administração e manutenção da Associação das Senhoras Cristãs pode ser confirmado nas fotografias do arquivo iconográfico do HBF. Dentre o material encontrado,⁶ destaco aqui duas fotografias, uma com as fundadoras e a outra com as secretárias do HBF, ambas datadas de 1932, que revelam que, embora a associação também fosse constituída por homens, como observável nos demais nomes que constam nas atas de fundação, no levantamento feito por Carvalho (1987), as mulheres estavam em maior número se comparadas aos homens, tanto na representação simbólica dessas fotografias como na efetivação de práticas assistencialistas e filantrópicas, exercendo, enfim, um papel social de pioneiras na elaboração, gestão e manutenção de tais práticas.

Figura 1 – Benedita Fernandes, na primeira fileira à direita, com as demais fundadoras da Associação das Senhoras Cristãs, em 1932



Fonte: Arquivo Hospital Benedita Fernandes.

⁶ Dentre os documentos oficiais analisados, ao longo dos anos de 2014 a 2017, foi levantado o material contido no acervo iconográfico do HBF. Desse acervo, havia fotos das primeiras casas de assistência social, da construção e da reforma do prédio do HBF, datadas de 1943 a 1999. Nesse acervo havia outros registros, como reportagens da imprensa local sobre o HBF entre os anos de 2009 e 2012, bem como festividades ocorridas no seu interior. Desse modo, para esta análise, que faz parte de um capítulo de Camargo (2017), foram priorizadas como material de análise as fotografias de mulheres, de fundadoras da Associação Benedita Fernandes e moradoras e/ou pacientes.

Figura 2 – Escritório da Associação das Senhoras Cristãs, em 1932

Fonte: Arquivo Hospital Benedita Fernandes.

Com a fundação da Associação das Senhoras Cristãs, Benedita iniciou campanhas pela cidade de Araçatuba e região metropolitana, divulgando seu trabalho destinado ao assistencialismo sanitário, médico e educacional de crianças e idosos em situação de vulnerabilidade social, sob o intuito de levantar fundos para a manutenção dessas casas. Os ganhos de tais campanhas, junto do apoio da população local, possibilitaram que as casas de madeira se transformassem em casas de alvenaria, sendo inauguradas em 1933, como “Casa da Criança” e “Asilo Dr. Jaime de Oliveira” (CARVALHO, 1987).

Durante a década de 1930, a Casa da Criança e o Asilo Dr. Jaime se constituíram, na cidade de Araçatuba, como políticas assistencialistas que eram gerenciadas e mantidas pela Associação das Senhoras Cristãs. Nestas casas, crianças, bebês a adolescentes, idosos e os considerados doentes mentais recebiam abrigo, alimento, moradia, alfabetização e cuidados religiosos (CARVALHO, 1987).

De acordo com Dalgarrondo e Oda (2005), neste momento histórico, anterior ao surgimento da psiquiatria no Brasil como uma prática médica especializada, as Santas Casas de Misericórdia, assim como as demais entidades filantrópicas, ficaram responsáveis pelo recolhimento dos chamados alienados e pobres por meio de uma estrutura asilar:

Vale lembrar que, no período em estudo, os “Asilos”, “Hospícios” ou “Hospitais” eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados “expostos”), os mendigos, os morféticos e loucos. Tais hospícios poderiam contar eventualmente com alguma assistência médica, mas sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos. Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados e pobres, portanto, surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a psiquiatria existisse como prática médica especializada (DALGALARONDO; ODA, 2005, p. 985).

Deste modo, os cuidados e acolhimentos de crianças abandonadas, idosos e até mesmo os tais alienados mentais eram comuns para uma época em que as camadas pobres com maior situação de vulnerabilidade social não possuíam qualquer assistência ou terapêutica que os pudesse amparar, o que fez da Associação das Senhoras Cristãs um tipo de asilo para essa população, assim como aconteceu com as Santas Casas de Misericórdia país afora.

4 O movimento espírita, o assistencialismo e os hospitais psiquiátricos

De acordo com Cavalcanti (1983), o termo “movimento espírita” é empregado para designar um conjunto de atuações promovidas por pessoas que se autodenominam espíritas. Essas atuações podem constituir lares, centros (casas construídas para as práticas religiosas), institutos culturais, federações nacionais e regionais, associações profissionais, imprensa, editoras, orfanatos, asilos e hospitais.

A principal obra da bibliografia especializada na personalidade Benedita Fernandes (CARVALHO, 1987) narra sua história a partir do próprio nascimento do movimento espírita na cidade de Araçatuba. Nota-se um vínculo essencial entre a trajetória de Benedita Fernandes e o movimento espírita local, afinal foi através de sociabilidades e do estabelecimento de redes com os integrantes desse movimento que Benedita iniciou a construção de casas de madeira, que viriam a ser transformadas em casas de alvenaria, mais adiante, destinadas ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Tanto no livro de Carvalho (1987) quanto nas falas dos funcionários do hospital que pude entrevistar registram-se episódios

que narram o papel de líder espiritual, um tipo de curandeirismo, exercido por Benedita Fernandes no interior dessas casas assistencialistas. Nesses relatos, conta-se que Benedita aplicava passes em adultos e crianças que eram encaminhados para o orfanato e para o asilo quando se encontravam agitados, agressivos ou até mesmo em surtos e que, não raro, chegavam ali amarrados, da forma como a polícia local os trazia.

Durante o trabalho de campo realizado, foi possível observar que as práticas de aplicar passes nos pacientes se mantiveram com o tempo. Durante o campo, soube, por meio de informantes, que, uma vez por semana, um grupo de pessoas que se diziam integrantes do Centro Espírita Benedita Fernandes adentrava no HBF e aplicava passes nos pacientes que assim o desejassem, uma prática não só permitida como estimulada pela própria gestão do hospital, que, por sua vez, também fazia parte do grupo espírita mencionado.

Vale ressaltar também que a implementação dessas práticas espíritas, como os passes mediúnicos, vistas pela cosmologia espírita como cura (CAVALCANTI, 1983), nos considerados “loucos em desvario”, só era aceita e praticada por conta da consolidação do movimento espírita local e pela divulgação de tais práticas.

Embora tenha se iniciado na década de 1920, com a fundação do primeiro centro espírita na cidade, é somente na década de 1940 que esse movimento se amplia, tanto em relação à infraestrutura como à construção de outras sedes para as práticas e rituais espíritas e à circulação de jornais impressos. Um exemplo é o jornal *Clarim*, que, como outros, além de divulgar o que chama de doutrina espírita, também divulgava o trabalho assistencialista realizado por Benedita Fernandes e seu grupo (CARVALHO, 1987).

Assim, podemos afirmar que Benedita Fernandes exerceu uma liderança política e social tanto no âmbito das associações filantrópicas quanto no próprio movimento espírita local.

Essa liderança, entretanto, nem sempre foi vista com bons olhos. Na biografia consultada (CARVALHO, 1987), encontra-se uma narrativa confirmada nas conversas com funcionários mais velhos do hospital: conta-se que na década de 1940, mesma época da construção do asilo e do orfanato e também da expansão dos movimentos espíritas na cidade de Araçatuba, os padres católicos locais se reuniram com os bispos regionais para “denunciar” o trabalho de Benedita e seu grupo, vista por eles como “feiticeira”, ameaçadora da ordem católica vigente, por meio de uma carta endereçada a Getúlio Vargas.

Os conflitos que envolveram os movimentos espíritas, como o exemplificado pelo caso de Benedita, não se limitaram às divergências morais entre as religiões espíritas e católicas, mas envolveram, ainda, a disputa de espaços e financiamentos no cuidado e na construção do conhecimento sobre o louco, tanto no âmbito moral da religião quanto no âmbito científico da psiquiatria (ALMEIDA, 2007).

De acordo com Almeida (2007), o espiritismo e a psiquiatria se consolidaram no Brasil na mesma época, entre o fim do século XIX e a metade do século XX, e ambos buscaram legitimação social, científica e institucional no que se refere aos conceitos e tratamentos em relação à loucura.

Para a psiquiatria do início do século XX, a mediunidade, de que tanto falavam os espíritas, se constituía em delírio e, portanto, continuaria inscrita no âmbito da loucura, em vez de curá-la, como afirmavam os espíritas. O espiritismo, por sua vez, questionava a limitação da eficácia dos tratamentos psiquiátricos praticados na época. No fim, a psiquiatria acabou por se consolidar como ciência, conquistou o campo acadêmico e científico e se tornou a principal responsável pelo tratamento das chamadas doenças mentais, enquanto o espiritismo se legitimou no campo da religião (ALMEIDA, 2007).

Porém, mesmo relegado ao campo religioso, o movimento espírita no Brasil continuou exercendo influência sobre o campo da saúde mental. No noroeste de São Paulo, por exemplo, foram fundados três sanatórios de vertente espírita, que depois da Reforma Psiquiátrica se transformaram em hospitais psiquiátricos e que mantêm suas atividades até os dias atuais. É o caso do Hospital⁷ Dr. Bezerra de Menezes,⁸ fundado em 1946 na cidade de São José do Rio Preto, o Hospital Espírita de Marília,⁹ fundado em 1948 na cidade de Marília, e o Hospital Psiquiátrico Felício Lucchine,¹⁰ fundado em 1947 na cidade de Birigui, todos localizados no noroeste do estado de São Paulo e gerenciados por associações filantrópicas, assim como o Hospital Benedita Fernandes,

⁷ Disponível em: <<http://www.bezerra.org.br/interna.asp?Ir=area.asp&area=7>>. Acesso em: 15 maio 2015.

⁸ Bezerra de Menezes foi psiquiatra e líder espírita cearense, autor de várias obras que relacionam a loucura com a questão e a cosmologia espíritas, como o livro *A loucura sob novo prima*, escrito no fim do século XIX (MENEZES, 1997).

⁹ Disponível em: <<http://www.hem.org.br/a-instituicao>>. Acesso em: 17 maio 2015.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.folhadaregiao.com.br/Materia.php?id=334850>>. Acesso em: 17 maio 2015.

que permaneceu administrado pela associação filantrópica Associação das Senhoras Cristãs até o seu fechamento.

A influência das associações filantrópicas na construção e gestão dos hospitais psiquiátricos não foi uma característica singular do noroeste do estado de São Paulo. A presença dessas associações como gestoras de instituições relacionadas à saúde mental, de modo geral, ainda é representativa.

Grande parte dos hospitais psiquiátricos em atividade no estado de São Paulo continua sendo administrada por tais associações. Em uma pesquisa elaborada pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo foi traçar um perfil sobre as condições socioeconômicas dos pacientes que se tornaram moradores dos hospitais psiquiátricos, foi constatado que, dos 58 hospitais psiquiátricos públicos em atividade até o ano de 2008 no estado de São Paulo, 58% eram geridos por associações filantrópicas (BARROS; BISHAF, 2008).

Deste modo, a presença majoritária das associações filantrópicas na construção, elaboração e gestão dos hospitais psiquiátricos de São Paulo indica a importância que a filantropia exerceu nas instituições psiquiátricas nesse estado. Em outras palavras, a maioria dos hospitais psiquiátricos de São Paulo, assim como o Hospital Benedita Fernandes, é administrada por entidades filantrópicas como a Associação das Senhoras Cristãs.

Em 1947, com a morte de Benedita Fernandes, a Casa da Criança, um orfanato destinado a crianças em situação de vulnerabilidade social, foi transformada, juntamente com o Asilo Dr. Jaime de Oliveira, no Sanatório Benedita Fernandes (CARVALHO, 1987).

Do levantamento iconográfico que realizei em campo, mais especificamente nas fotografias da sede da Casa da Criança e do Asilo Dr. Jaime de Oliveira, pode-se observar que essas casas foram construídas uma ao lado da outra, com um tipo de *hall* interligando-as. Com a morte de Benedita, essas duas sedes foram unificadas, transformando-se em um sanatório.

Tal mudança de nome (de asilo para sanatório) marca o início da psiquiatralização e da institucionalização da loucura na cidade de Araçatuba. Com o passar dos anos, a antiga sede do sanatório torna-se pequena para atender à crescente demanda dos “loucos perigosos” que costumavam fazer parte da paisagem urbana, e inicia-se a construção de um grande prédio (CARVALHO, 1987).

A construção do novo prédio, que sediará o Sanatório Benedita Fernandes, se inicia na década de 1940, assim como a os demais

sanatórios construídos no noroeste do estado de São Paulo, a exemplo do Hospital Bezerra de Menezes, em São José do Rio Preto, do Hospital Felício Lucchine, em Penápolis, e do Hospital Espírita, em Marília, todos construídos entre o fim da década de 1940 e o início da década de 1950.¹¹

Nesse período, fortalecem-se os processos de psiquiatralização no Brasil, o asilamento torna-se mais frequente, a psiquiatria enquanto campo do saber científico torna-se mais poderosa e sua “assistência psiquiátrica continua a ser prestada nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais” (AMARANTE, 1994, p. 79).

A expansão dos sanatórios enquanto estrutura manicomial caracterizada por uma prática de asilamento vai ao encontro da definição utilizada por Goffman (2008) para entender esse tipo de instituição. Vistos como uma instituição total, no sentido de confinamento e controle, os sanatórios possuem em suas estruturas de funcionamento tendências ao isolamento, garantidas pela existência de fronteiras físicas que os separam do mundo externo, como portas fechadas, grandes paredes, arames farpados e outros impedimentos. Essa perspectiva de isolamento e asilamento aponta como eram vistos os considerados doentes mentais nesse momento de expansão dos sanatórios. Pensados como sujeitos incapazes de cuidar de si e que ofereciam, ao mesmo tempo, riscos à comunidade, deveriam ficar isolados das relações sociais fora dos muros (GOFFMAN, 2008):

Há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas, neste caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional: sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários (p. 16).

Grande parte dos sanatórios construídos no Brasil seguiu a lógica europeia sobre onde e como deveriam ser construídas tais instituições, longe das agitações populares e dos grandes aglomerados e centros urbanos, como ocorreu com as construções do Hospício Dom Pedro

¹¹ Cf. <<http://www.bezerra.org.br/interna.asp?Ir=area.asp&area=7>>, <<http://www.hem.org.br/a-instituicao>> e <<http://www.folhadaregiao.com.br/Materia.php?id=334850>>. Acesso em: 3 out. 2014.

II, no Rio de Janeiro, do Hospício São Pedro, no Rio Grande do Sul, do Hospício de Alienados, no Recife, e de Juquery, em São Paulo (SEGAWA, 2002). Isso também aconteceu com o Sanatório Benedita Fernandes, construído no bairro Santana, antigo bairro da cidade de Araçatuba que se localizava inicialmente distante do centro, abaixo da linha férrea e próximo à estação de trem (PINHEIRO; BODSTEIN, 1997), hoje desativada e ocupada pelo comércio de ambulantes.

Com a urbanização da cidade, o bairro aumentou em extensão e população, colocando em contato a vizinhança do bairro Santana e as pessoas do antigo sanatório. Durante as primeiras idas a campo foi possível observar os olhares e as reações das pessoas que por ali passavam e que não travavam relações com os funcionários ou pacientes do hospital, ou seja, simples transeuntes. Seus olhares denunciavam o estigma moral (GOFFMAN, 1993) que esse tipo de instituição carrega, e havia quem chegasse mesmo a fazer o sinal da cruz, deflagrando possíveis conflitos entre o hospital e a população local ou a ideia de um lugar “mal-assombrado”.

Segundo Cíntia, uma das terapeutas ocupacionais com quem conversei e que trabalhou no hospital desde a década de 1990, era nítido o preconceito da população local em relação aos pacientes do HBF e à própria instituição. Essa informante menciona um passeio realizado no calçadão, na região central da cidade, e a discriminação latente em relação aos pacientes:

Então era muito assim, é... pra gente era normal esse passeio, pras pessoas, é, pra algumas pessoas, eu sinto que até foi muito assustador, né?, porque eu vi gente que fechou a porta assim da loja, chamou todos os funcionários com medo de... eu não sei... medo da gente mexer ou de pegar alguma coisa (Cíntia, 2014).

Assim, embora a urbanização da cidade de Araçatuba tenha aproximado geograficamente o HBF da população local, este continuou simbolicamente isolado, desde sua construção até o seu fechamento. Tal isolamento ultrapassa as fronteiras físicas de seus grandes muros e portas; seus moradores e pacientes continuam isolados simbolicamente da população local, que continua alocando-os no plano simbólico do “louco perigoso” sobre o qual fala Cunha (1986), de modo que aqueles continuam oferecendo riscos à comunidade, como os doentes mentais de Goffman (2008). Em outras palavras, o isolamento físico da arquitetura é corroborado pelo isolamento simbólico entre os moradores e pacientes

do hospital com a população local. Fecham-se as portas das lojas do comércio quando eles saem às ruas e fecham-se as portas do hospital quando adentram.

5 Arquitetura do Hospital

Visto pelo lado de fora, o HBF manteve sua arquitetura inicial até encerrar suas atividades, em 2015. Desde sua construção, em fins da década de 1940, a fachada de entrada, as janelas e os muros ainda permaneciam os mesmos, com pequenas alterações: o letreiro de “Sanatório” foi alterado para “Hospital Benedita Fernandes”, os muros laterais foram retirados e se transformaram em estacionamento e os pequenos muros da entrada foram substituídos por portões.

De acordo com a planta do hospital, o prédio totaliza 4.746,08 m² de área construída, sendo 3.682,18 m² de pavimento térreo e 988,90 m² de pavimento superior, ocupando uma quadra inteira do bairro.

Diferentemente dos grandes sanatórios do Brasil, constituídos por um conjunto de pavilhões isolados interligados por passarelas cobertas, como o Hospício do Juquery, em São Paulo, o Hospício São Pedro, no Rio Grande do Sul, e o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro (SEGAWA, 2002), o HBF havia sido construído com dimensões mais modestas, haja vista que a população atendida era muito menor em número, se comparada a esses grandes sanatórios.

A observação realizada em campo permitiu-me algumas considerações acerca da estrutura arquitetônica do HBF. Em vez de pavilhões isolados por passarelas cobertas, o HBF foi construído em forma retangular, de modo que a separação entre homens e mulheres (“ala masculina” e “ala feminina”) foi idealizada e concretizada mediante o isolamento dessas duas alas, separadas por um grande corredor em forma de L. Esse corredor era coberto e isolado por uma grande porta de ferro, de modo que, para se deslocar de uma ala para outra, era necessário passar por essa porta, tanto no térreo quanto no pavimento superior.

A única área que ligava a alas feminina e masculina era o refeitório, que tinha duas portas, abertas somente nos horários das refeições: uma que dava acesso à ala feminina e a outra, à masculina. Fui informada, por meio do relato de Sônia, uma das funcionárias mais velhas do HBF, enquanto tomávamos um chá e comíamos bolachas de água e sal no refeitório, que era prática comum das mulheres ali internadas,

que dormiam nos quartos do pavilhão superior, mostrar os seios para os homens que se encontravam no pátio do térreo da ala masculina, através das pequenas janelas gradeadas dos quartos, por onde elas viam os homens no pátio: “Eu acho até bom, porque assim os homens têm a alegria deles e ficam mais calmos”, segundo me informou Sônia.

Nesse sentido, a arquitetura elaborada para isolar fisicamente homens e mulheres tinha suas fissuras. As grandes portas de ferro que isolavam as alas masculina e feminina não conseguiram isolar a troca de olhares e as relações visuais estabelecidas por entre as grades.

Desde sua construção, muitas reformas físicas foram feitas no prédio do HBF, com vistas à adequação do Hospital aos preceitos da Reforma Psiquiátrica na década de 1990. Porém, a arquitetura manicomial se manteve. Desde as pequenas janelas gradeadas, grandes portas que isolavam a ala masculina da feminina, as “salas de contenção”, as enfermarias, às salas da psiquiatria, tudo ainda se configurava como a arquitetura manicomial do tempo de sua construção, em 1947.

6 O Hospital dentre muros

Ao chegar ao HBF, adentrei a recepção, uma sala em formato de L; do lado esquerdo havia uma bancada onde ficavam três secretárias e, logo adiante, a porta que dava acesso ao interior do Hospital. Do lado direito ficavam bancos brancos de concreto, onde pessoas como familiares e amigos esperavam por seus membros, seja para visitá-los e entregar-lhes roupas, cigarros e/ou produtos de higiene pessoal, seja para interná-los ou recebê-los de volta.

Na sala de recepção, ao lado do balcão de atendimento, havia duas grandes portas de ferro e de vidro interligadas por um tipo de grade em sua parte superior e que funcionavam como um tipo de divisor que organizava todo o espaço físico do Hospital. A porta que ficava à direita dava acesso à ala masculina, composta de quartos, banheiros e dois pátios abertos, que eram utilizados pelos homens ali internados. Ainda ali, havia os consultórios psiquiátricos, a equipe de referência, composta por assistentes sociais e psicólogas, a enfermaria, a farmácia, a lavanderia e os “apartamentos masculinos”, como era chamada a área mantida por capital privado no Hospital.

Já do lado esquerdo, partindo da outra grande porta de metal, ficavam as salas da equipe administrativa, composta por secretárias, diretores, departamento financeiro e recursos humanos, bem como

a ala feminina, composta por quartos, banheiros, enfermaria, um pátio aberto e o acesso central ao refeitório, além dos “apartamentos femininos”.

Voltando à sala da recepção, eu e Pedro, o enfermeiro que havia me levado para conhecer o Hospital, entramos pela ala masculina: assim que passamos pela grande porta de metal, notei uma maca embutida na parede à direita, numa espécie de *hall*, com inscrições como marcas de mãos e dedos. Havia ainda outra porta, que nos deu acesso a um longo corredor, onde alguns pacientes circulavam. Logo na entrada do corredor, um deles me abordou perguntando se eu era enfermeira e, diante da minha negativa, seguiu pela enfermaria. Pedro, que estava ao meu lado, conversou com o rapaz e então este voltou ao pátio.

Seguimos pelo corredor. Logo à direita havia um conjunto de salas onde se alojava a equipe médica: as salas das psicólogas e terapeutas ocupacionais, as das assistentes sociais e as da psiquiatra. Ainda no mesmo corredor, do lado direito, havia a rouparia e os dormitórios.

Do lado esquerdo desse grande corredor, saindo da segunda porta, depois da grande porta de metal, havia uma pequena área descoberta, com bancos de concreto e mesas pintadas de azul claro, cor que dominava outros pátios e todos os corredores do Hospital. Ainda que houvesse ali alguns pacientes fumando cigarros, não havia grandes movimentos de socialização.

Seguindo o mesmo corredor havia duas salas: a farmácia, onde ficavam todos os fármacos que faziam parte dos tratamentos dos internados, como psicofármacos, curativos e remédios para pressão, e um banheiro coletivo com duchas para banho.

No final desse corredor havia outra porta, que dava acesso a três enfermarias, e, ainda, outras três, que estavam desativadas. Dessas três enfermarias ativas, as duas primeiras reuniam os enfermeiros e a terceira era conhecida como “intercorrência”. Esta última se constituía em um tipo de sala com duas macas apenas, janelas com muitas grades e mais nada. Havia um homem deitado na maca, altamente medicado, desacordado e amarrado. Foi quando perguntei que sala era aquela, e Pedro me respondeu que era a sala de intercorrência, onde ficavam os homens quando estavam em surto ou em abstinência por uso abusivo de drogas, depois de serem – como vi algumas vezes – forçosamente medicados ao se recusarem a tomar a medicação e ameaçar “quebrar tudo”. Na segunda sala da enfermaria, havia uma porta de acesso ao pátio principal, que permitia a observação dos pacientes, funcionando como uma estrutura física de vigilância e controle. Nesse pátio, maior

que o anteriormente descrito, ficavam os demais pacientes do Hospital, os que se encontravam em condições mais vulneráveis, que conversavam entre si e fumavam cigarros. Era um grande pátio, pintado de azul claro, assim como o outro, com mesas e bancos de concreto. Nele havia um senhor amarrado com cintas de couro, medicado e completamente alheio ao que lhe acontecia. Perguntei por que ele estava amarrado. Se não o fizessem, “ele se jogava no chão e se machucava”, respondeu-me o enfermeiro Pedro.

Desse pátio adentramos no refeitório. Tratava-se de uma grande sala retangular, com muitas mesas quadradas e cadeiras de plástico. Havia um balcão no qual eram servidas as refeições, o chá e o café. Numa outra porta, ainda no refeitório, tínhamos acesso à ala feminina, a ala das mulheres.

7 A ala feminina

Ao sair do refeitório pela porta principal havia outro corredor, que dava acesso à área administrativa e que era utilizado pelos funcionários do Hospital como via de acesso ao refeitório, de modo que seu percurso não fosse o mesmo dos pacientes. Desse corredor era possível acessar a ala feminina. Ao adentrarmos no lado esquerdo dessa ala encontramos dormitórios coletivos, uma sala com materiais esterilizados e outra utilizada como depósito de materiais diversos.

Nesse lado encontravam-se ainda os banheiros coletivos, uma porta de acesso à área externa, um pequeno pátio com mesas e cadeiras de concreto e uma televisão, onde as mulheres conversavam e fumavam cigarros. Havia ainda uma sala desativada, que costumava servir como um tipo de consultório, e a enfermaria. Não havia na ala feminina, diferentemente da masculina, as salas de contenção ou a sala de intercorrência. Segundo me informou uma das enfermeiras, não havia necessidade de uma sala de intercorrência feminina, porque as mulheres eram “mais calmas e davam menos trabalho”.

Depois de me mostrar a ala feminina, acessada através do refeitório, Pedro me conduziu à porta que a encerra e dá acesso à área administrativa do HBF. Nota-se que o isolamento da área administrativa foi arquitetonicamente desenhado com vistas a evitar o contato dos funcionários dessa área com os pacientes, uma vez que a área administrativa era a sala que recebia, em reuniões, a comunidade

externa ao HBF e os gestores, sendo ainda o local onde se realizavam eventuais entrevistas com os jornais locais.

De volta à enfermaria feminina, foi possível observar que as enfermarias, feminina e masculina, funcionavam como observatórios dos enfermeiros em relação aos pacientes que circulavam nos pátios e nos corredores. Estrategicamente, as enfermarias possuem esse papel; suas portas eram divididas em duas, de modo que formavam também um pequeno balcão onde os internos solicitavam medicamentos ou mesmo isqueiros para acenderem seus cigarros, visto que havia a proibição do porte de qualquer objeto capaz de gerar fogo, com vistas a evitar incêndios que poderiam ser iniciados pelos pacientes, como me informou uma das enfermeiras. Ainda assim, caso fosse iniciado algum incêndio ou rebelião, o HBF contava com dois corredores, tanto na ala masculina quanto na feminina, que davam acesso direto à rua.

Tal caráter de vigilância, deflagrado pela arquitetura da instituição, em especial pela localização estratégica das enfermarias, nos remete ao panóptico de Bentham¹² no sentido de que as enfermarias também operam como dispositivos que tornam possível a visibilidade dos que ali se encontram vigiados, onde os vigiados são vistos mas não veem aqueles que os olham, na garantia da ordem, submetendo o sujeito ali internado a um estado consciente e permanente de vigilância (FOUCAULT, 1997):

Daí o efeito mais importante do panóptico: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele

¹² “O panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre, esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito de contraluz pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível” (FOUCAULT, 1997, p. 165).

que o exerce, enfim que os detentos se encontrem presos numa situação de poder que eles mesmos são os portadores (p. 166).

Deste modo, as enfermarias estabelecem como função o cuidar e o vigiar, servindo como espécie de olhar que tudo vê, o panóptico no Hospital, pois mesmo que os funcionários – enfermeiros e enfermeiras – não estivessem ali o tempo todo, a ideia de que estão sendo observados e controlados nunca abandona os internos, tanto nos corredores quanto nos pátios e quartos (as portas dos quartos onde dormiam homens e mulheres deviam estar sempre abertas). Assim, as enfermarias se situavam como uma espécie de panóptico, no sentido de transmitir a seus internos, homens e mulheres, a noção e a sensação de que estavam sendo constantemente vigiados, observados e disciplinados.

Além do caráter de vigilância das enfermarias, as próprias enfermeiras da ala feminina, além dos cuidados com as mulheres ali internadas, exerciam o papel de vigilantes de seus comportamentos, prezando também pela contenção das internas, procurando evitar possíveis fugas.

Durante o trabalho de campo, enquanto eu estava na enfermaria conversando com as enfermeiras, curiosa sobre como eram realizados seus trabalhos naquele hospital, pude ouvir o trecho de uma conversa entre outras duas enfermeiras, na qual uma delas expunha sua preocupação em relação a uma das pacientes que não havia tomado seu chá – uma espécie de ceia na qual o Hospital oferece chá com bolachas antes de os pacientes dormirem – e que seria necessário observá-la, pois era preciso “ficar de olho” nessa paciente, que poderia estar “planejando fugir e se fugir é de responsabilidade do hospital o que acontece lá fora, porque eles estão internados aqui”, disse uma delas.

A estrutura de controle espacial presente e mantida na arquitetura do HBF não foi favorável para a instituição. Segundo me informou Sônia, para que o HBF continuasse a receber os repasses financeiros do SUS, deveria seguir uma série de portarias e diretrizes, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica. Uma dessas portarias era a nº 224, que, entre outras exigências, requeria a reformulação dos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos.

No entanto, o Hospital não dispunha do orçamento necessário para fazer as reformas exigidas pela Portaria nº 224. Com as ameaças de fechamento pelo Ministério da Saúde, divulgadas pela imprensa local, o HBF iniciou uma campanha a fim de arrecadar fundos para a realização

de reformas em sua estrutura física. Com o apoio da população, como os mutirões realizados com o auxílio da Polícia Militar, bem como por meio de doações de material de construção, o Hospital fez pequenas reformas na estrutura física, porém de forma precária.

Assim, o HBF, ao garantir a continuidade da arquitetura do espaço físico como um local que trata, vigia e abriga na forma de asilamento, manteve entre muros seus “transtornados”, longe dos olhares da população local, que, por sua vez, não estava preparada para o retorno dessas pessoas asiladas ao convívio social.

Com o passar dos anos, o HBF foi se abrindo e a rede pública de saúde mental se expandiu com a criação do Centro de Apoio Psicossocial, Álcool e Drogas, o Caps AD, em 2003. O número de pacientes e de internações diminuiu, mas houve moradores desses locais – pessoas que estão institucionalizadas há mais de 20 anos e/ou que vieram de outros hospitais psiquiátricos, como o caso de Laura – que foram realocados em casas independentes, nas mediações do HBF. Essas casas fazem parte do “Projeto Lar Abrigado”. Construídos, alugados e geridos com recursos financeiros do Hospital Benedita Fernandes, os “abrigos”, como são chamadas essas casas, oferecem moradia, alimentação, cuidados médicos e terapêuticos a seus moradores, além da autonomia de circulação.

Além dos abrigos, o HBF contava com o “Programa de Atendimento ao Paciente Morador”, em que realizava semanalmente passeios com os moradores do HBF pelas ruas e feiras da cidade, bem como previa o restabelecimento do contato social do morador com sua família, com vistas à desospitalização e à ressocialização dos pacientes (de acordo com seu Plano de Ação de 2014). Tais programas e moradias se baseiam nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e demonstram a abertura dos muros do HBF, bem como a sua abertura aos preceitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

8 Considerações finais

Ao longo deste capítulo procurei mostrar que, apesar do estigma que carrega, o HBF teve, desde sua fundação, com as primeiras casas de madeira erguidas por Benedita Fernandes e algumas lavadeiras, a preocupação de abrigar, cuidar e alimentar uma população estigmatizada e em permanente estado de vulnerabilidade social, como crianças, idosos e os considerados doentes mentais.

Através das redes que estabeleceu com o movimento espírita local e com um grupo de mulheres, Benedita Fernandes fundou o orfanato Casa da Criança e o Asilo Dr. Jaime de Oliveira, a partir da criação e gestão da entidade filantrópica Associação das Senhoras Cristãs, em 1932 (CARVALHO, 1987). Vimos que a trajetória de Benedita Fernandes se mostra semelhante à de Pérola Byington (MOTT, 2003) no que se refere ao papel pioneiro das mulheres na história da filantropia brasileira.

Com a psiquiatralização no Brasil, iniciada no noroeste paulista na década de 1940, mediante a criação de uma série de sanatórios pela região, o asilo e o orfanato foram aglutinados em um mesmo espaço e reinaugurados como Sanatório Benedita Fernandes. Com a crescente demanda por práticas assistencialistas no cuidado com a população em condição de vulnerabilidade, iniciou-se a construção do prédio do sanatório, semelhante aos modelos de outros sanatórios criados no país (SEGAWA, 2002), com grandes muros e corredores, alas e práticas de controle no isolamento dos considerados doentes mentais.

Além disso, ao descrever a arquitetura interna do Hospital, construído ainda nos moldes manicomial, com suas estruturas físicas de controle e vigilância, tentei demonstrar como certos locais funcionavam como panópticos (FOUCAULT, 2008), no sentido de que ocupavam o lugar de dispositivos de vigilância sobre os homens e as mulheres ali internados.

Deste modo, a trajetória do Hospital Benedita Fernandes, desde sua inauguração, em 1947, até seu fechamento, em 2015, nos aponta como se constituiu a questão da saúde mental na cidade de Araçatuba, e como o próprio Hospital exerceu um papel de instituição total (GOFFMAN, 2010) no cuidado, tratamento e moradia dos considerados doentes mentais na cidade. Por outro lado, a partir da construção de casas como os abrigos para pacientes há muito tempo institucionalizados, bem como da elaboração e execução do Programa de Atendimento ao Paciente Morador, o HBF inicia o processo de abertura de sua arquitetura manicomial, transpondo as barreiras físicas de suas altas paredes, no restabelecimento das relações sociais extramuros.

Referências

ALMEIDA, A. A. S. *Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950)*. 2007. 232f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 73-84.

CAMARGO, M. A. *Dentre muros: uma etnografia de um hospital psiquiátrico*. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

CAVALCANTI, M. L. V. C. *O mundo invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

CARVALHO, A. *A dama da caridade*. Araçatuba: Atlas, 1987.

CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Trad. de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2010.

KOFES, S. *Uma trajetória, em narrativas*. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

MENEZES, A. B. *A loucura sob novo prisma*. São Paulo: FESP, 1997.

MESTRINER, M. L. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOTT, M. L. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 24, p. 41-67, jan./jun. 2005.

_____. Estudos biográficos e filantropia: uma reflexão a partir da trajetória de vida de Pérola Byington. *Gênero*, Niterói, v. 3, n. 2, p. 21-44, 1. sem. 2003.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

PINHEIRO, C.; BODSTEIN, O. *História de Araçatuba*. Araçatuba: Academia Araçatubense de Letras, 1997.

SEGAWA, H. Casa de orates. In: ANTUNES, E. H.; BARBOSA, L. H. S.; PEREIRA, L. M. F. (Org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: EdUSP, 2002. p. 55-80.

Iconografia: Acervo Fotográfico Hospital Benedita Fernandes.



“Especiais” e “rebeldes”: práticas governamentais da gestão da pressão alta em um bairro popular do Distrito Federal

Soraya Fleischer

1 Introdução

Esta pesquisa etnográfica foi realizada entre 2008 e 2014 na Guariroba, bairro histórico de Ceilândia (DF), a 40 quilômetros do centro da capital federal. A ideia principal foi conhecer como senhoras e senhores idosos dessa comunidade lidavam com os “problemas de pressão”, já que as doenças cardiovasculares são uma das causas mais prevalentes de adoecimento e mortalidade no país. Essas moradoras acionavam muitas vezes os centros de saúde, bem como hospitais, igrejas e terapeutas populares, para tentar manter a “pressão” em níveis de bem-estar. Estive acompanhada de várias estudantes de graduação e mestrado, em projetos de iniciação científica ou extensão, em conversas mais ou menos informais nas casas, nas ruas e nas instituições do Estado localizadas nessa área.¹ Conversamos com moradoras, geralmente

¹ A maior parte dos dados aqui reunidos provêm de meus diários de campo. Quando não for esse o caso, identifico a autora do diário. Aproveito para agradecer a Ana Clara Damásio, Paulo Coutinho, Fabiana Oliveira e Mayara Albuquerque, pesquisadoras que me acompanharam nos últimos anos de pesquisa na Guariroba. Agradeço também ao Departamento de Antropologia, ao Pro-IC e ao Decanato de

migrantes nordestinas, trabalhadoras braçais aposentadas da construção civil ou do trabalho doméstico remunerado, com pouca escolaridade e muita experiência de vida (FLEISCHER; BATISTA, 2013), e também com suas filhas, netas, vizinhas e profissionais de saúde.²

Um dos centros de saúde do bairro, orientado pelas diretrizes do HIPERDIA, a principal política de saúde voltada para o cuidado com a “hipertensão arterial sensível” (doravante “HAS”) e a “diabetes mellitus”, tinha criado um serviço especialmente dedicado ao atendimento das pacientes chamadas de “hipertensas” e “diabéticas”. Esse serviço, repleto de etapas e condicionalidades, aproximava-se mais de uma liturgia a ser cumprida pela paciente do que um dos seus direitos propriamente ditos. Havia os “grupos do HIPERDIA” (ou “grupos da pressão”, no caso da reunião de 20 pessoas que conviviam com a HAS) que ofereciam acolhimento, aferições pressóricas, reuniões educativas, consultas e dispensação de medicamentos gratuitos. Mesmo que todas percebessem que havia um contexto de precariedade nos serviços de atenção primária, eu notei que as equipes ainda se viam oferecendo algo genuíno que precisava ser reconhecido e valorizado pelas pacientes. Nesse capítulo, irei descrever o “controle”, palavra onipresente quando as equipes dessa instituição pensavam no cuidado dessas duas doenças e o ciclo de dádivas como o contexto em que esse “controle” era oferecido. Aqui, mais especificamente, me concentrarei na HAS.

2 As moradoras da Guariroba como o “outro”: velha, pobre, doente e desolada

Uma técnica de laboratório que estava prestes a se aposentar contou durante uma entrevista: “Eu tenho 30 anos de casa. Gosto do

Extensão, todos da Universidade de Brasília, que, na forma de bolsas e outros apoios, possibilitaram que essa pesquisa pudesse se desenvolver ao longo de todos esses anos.

² Como, ao longo da pesquisa, conheci moradoras, cuidadoras, enfermeiras, médicas, professoras e pesquisadoras, estive em um mundo de mulheres. Eram visivelmente a maioria. Por isso, ao optar pelo plural feminino ao longo desse texto, fiz uma opção estatística, mas também ética e política. Em primeiro lugar, essa escolha ajudará, mesmo que minimamente, a render homenagem a tantas senhoras que me ajudaram a entender os caminhos pela Guariroba; representará as pessoas do sexo feminino, que, numericamente, se sobrepuseram às do sexo masculino; ajudará a borrar identidades, já que por vezes um setor do centro de saúde contava, por exemplo, com um único funcionário do sexo masculino, o que permitiria facilmente reconhecê-lo; e, por fim, provocará a regra do plural masculino que, como sabemos, não concerne meramente à esfera gramatical.

meu trabalho. Adoro meus pacientes! Já fiz muita caridade para os pacientes e continuo fazendo”. Lembrou ainda que, “Desde idade pequena, eu falava para o meu pai que eu tinha vontade de trabalhar com a comunidade, para ajudar a comunidade. Graças a deus, aqui eu realizei meu sonho”. Uma auxiliar de laboratório contou que mal chegou a terminar o ensino fundamental, mas sonhava em estudar e se formar como advogada, e explicou: “Para defender os oprimidos da vida”. Uma técnica em enfermagem disse que queria mesmo ter estudado medicina para “ajudar os pobres”. Uma faxineira vinha estudando enfermagem para “fazer algo pelo próximo”. Muitas mencionaram que essas trajetórias eram expectativas de pais e mães, numa alusão à ascensão social, mas também como um compromisso de redistribuição simbólica. Os progenitores, ao conseguirem educar e encaminhar suas filhas, esperavam que, quando adultas, passassem adiante essas graças recebidas – suporte da família, diplomas, esclarecimento, emprego público. Por melhores que fossem as intenções dessas funcionárias, não posso deixar de perceber a superioridade com que se viam em relação à sua clientela, essa comunidade de “pobres” e “oprimidas”.

Num centro de saúde na periferia, seria possível encontrar o público ideal para colocar essa “caridade” ou “ajuda” em prática. Afinal, como outra auxiliar de laboratório explicou, ali as pessoas eram “doentes, sofridas, judiadas”. Uma nutricionista dizia que ali era uma comunidade de pessoas “carentes”, “com falta de recursos”, e concluiu que “nem tudo na Secretaria é fornecido, mas nem tudo que você prescreve eles podem comprar”. Conheci uma freira que repetiu algumas vezes que “ninguém ali no bairro tinha condições”. Uma enfermeira mencionou, em tom crítico, que no bairro numerosas famílias dividiam o mesmo lote. Eram comuns também os comentários interrogatórios sobre o linguajar desse público, tido como errado, carregado de sotaque, incompreensível. No entanto, uma auxiliar de enfermagem explicou que, diferentemente da Ceilândia Norte (um bairro vizinho), ali recebiam pacientes “com nível socioeconômico até razoável, com grau de instrução bem melhor”, e uma das diretoras elogiou a população que atendiam: “Aqui, por sorte, é todo mundo tranquilo. Não tem barraco, não tem gritaria”. Quem morava na Guariroba e utilizava os serviços públicos era, por pressuposto, despossuída de muitas coisas, não só materiais, mas também morais. Porém, ao menos eram vistas socialmente acima de outros bairros, como a Ceilândia Norte, o Sol Nascente ou até Águas Lindas, cidade do lado de fora do quadrilátero, já no estado de Goiás.

Além da suposta pobreza, a velhice também era um problema, como registrou uma auxiliar de laboratório: “Aqui, as senhoras idosas não têm muitos sonhos na vida. Elas estão assim, meio abandonadas”. Mesmo com idade, origem, moradia, grau de instrução e trajetória migratória semelhantes, essas funcionárias não se identificavam com suas pacientes. Uma médica achava difícil compreender como suas clientes octogenárias tinham, por exemplo, “preocupações” que afetassem a pressão. Imaginava-as *naïves* e um pouco destacadas dos impactos da sociabilidade cotidiana. Numa das vezes em que acompanhei a roda de orações que encerrava o grupo de ginástica ali mesmo no centro de saúde, composto e organizado pelas moradoras idosas do bairro, uma senhora fez um pedido específico. Com uma Ave Maria, rezou pelos “velhinhos esquecidos nos asilos”. Dona Érica, que mantinha a banquinha de lanches na frente do centro de saúde, uma vez contou que a mercadoria não vendida até o final do dia era levada de volta para uma vizinha mais velha: “Ela é mais pobrinha do que eu” (Diário de campo de Mayara Albuquerque, 2014). É interessante que, para funcionárias ou usuárias que viviam na Guararoba e utilizavam aqueles serviços públicos, a ideia de “idoso” era colocada sempre a um palmo de distância, seja aquela senhora atendida no consultório, aquela internada em uma instituição de longa permanência ou a vizinha que passava necessidade. A idosa pobre, sozinha e doente (também “hipertensa”) era sempre a outra.

Como outras pesquisas já mostraram, “o indivíduo/paciente/usuário do sistema público é imaginado sob o paradigma do pobre e sem recursos, face ao indivíduo/paciente/usuário dos consultórios e hospitais particulares” (MACHADO, 2003, p. 12). Assim, as imagens que as funcionárias faziam sobre a clientela daquele postinho era o que orientava a forma como o programa do HIPERDIA era colocado em prática. Como lembra Machado (2003), a “aparência diacrítica da pobreza” era reconhecida pelas equipes na cor, linguajar, classe e, acrescento, geração das usuárias do SUS. Segundo Garnelo e Lagdon, ainda, “O atendimento recebido funda-se na assimetria e na subalternização, forjadas pelas normas e rotinas do espaço sanitário” (2005, p. 142). Por mais que as diferenças entre equipes e públicos pudessem ser comunicadas pela expertise técnica, o “conhecimento competente” em relação à HAS era também construído pelas diferenças sociais e simbólicas apontadas.

Era um “outro” repleto de vazios. Por supostamente nada ter, saber ou ser, essa paciente precisava de tudo; o posto poderia, ao menos,

dar-lhe uma “ajuda”. Certa manhã, vimos um senhor abordar o guarda e, de certo, questionar a demora da fila. Todas ouviram o guarda dizer em alto volume: “Aqui, ninguém manda. Aqui a gente pede” (Diário de campo de Ana Clara Damásio, 2014). Didaticamente, ele falava para o grupo como um todo, não apenas ao senhor em questão. A lógica não era da cidadã, que poderia exigir, mas da paciente, que, sem alarde, deveria apenas requisitar. A equipe, quando as portas fossem finalmente abertas, é que decidiria se ofereceria ou não o que estivesse sendo pedido. Poderiam oferecer apenas a “obrigação” ou, conforme a gentileza das pacientes, alguma “ajuda”. A “obrigação” me foi explicada como cumprimentar, atender e/ou encaminhar a paciente à sala correta. A “ajuda” ou a “boa vontade”, como também era chamada, era um “empenho extra”, como explicou uma auxiliar de enfermagem: “É não deixar o paciente caminhar sozinho com as próprias pernas, mas dar-lhe uma direção, ouvir e deixá-lo mais tranquilo, oferecer portas abertas”. As funcionárias que tinham algum pertencimento religioso (e quase todas as pessoas que eu conheci eram católicas, umbandistas, espíritas, evangélicas) tendiam a aceitar de modo mais naturalizado que lhes incumbia também oferecer esse “*plus*”. Era “bondade”, era “por Jesus”, era para “ajudar as pessoas que estavam precisando”, me disseram algumas vezes.

Em um contexto de “faltas”, entretanto, até os raros atendimentos, exames e remédios foram descritos por muitas das funcionárias como uma “ajuda” oferecida às pacientes. Uma agente comunitária de saúde contou ter ouvido de uma médica do posto que “as pacientes estavam pegando o boi” ao receberem agentes visitantes em casa, atividade prevista no Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS/PSF). Uma diretora comparou sua terra natal, uma capital nordestina, ao Distrito Federal: “Na minha terra só tem um pronto socorro para a cidade inteira. Aqui é bem maior, tem um pronto socorro em cada região administrativa. Eu acho que o povo reclama demais”. Uma paciente, no banco de espera, me contou que viu outra paciente reclamar com uma médica dos seus constantes atrasos. A médica retrucou: “Quem manda na minha hora sou eu. Eu faço a hora que eu quiser. Meu atendimento aqui é um favor pras pessoas, porque o salário de fome que eu ganho não paga o meu serviço aqui”. Dada essa clientela “necessitada”, não era preciso fazer muito. Ser atendida pelo “bom médico”, encontrar a porta da sala de acolhimento destrancada ou receber o “bom senso” do farmacêutico já seria muito. Iam deixando de ser “obrigações”, para virarem um “diferencial”, como

a farmacêutica me explicou. Por isso, era comum ver as funcionárias mais simpáticas e solícitas serem chamadas de “anjo”, “santa”, “bênção”. É interessante como “dar atenção”, algo que muitas estudiosas supõem como central entre cuidadoras e cuidadas (NATIONS et al., 2011), virava “algo a mais”.

Nesse contexto, muitas pacientes sentiam estar “pedindo” por uma consulta, uma medição de pressão, um remédio. Uma senhora, ao acionar esses serviços corriqueiros do posto, disse sentir que estava “se humilhando”. Funcionárias de hierarquias inferiores expressavam o mesmo. A enfermeira, ao dirigir-se a uma colega médica e solicitar a marcação de uma consulta para seu paciente, sentia estar “pedindo um favor”. Uma agente comunitária de saúde, ao buscar um esparadrapo no almoxarifado para realizar um curativo em domicílio, disse-me que era como se estivesse “passando o penico”. Diante de tanta coisa que faltava, essa agente me explicou: “Era como se eles estivessem dizendo: ‘Isso é meu e eu que comando’”. Na combinação de alteridade, falta e ajuda, pequenas e cumulativas privatizações dos espaços e serviços públicos iam se naturalizando, e, por isso, era possível e comum que os serviços fossem ali oferecidos a conta-gotas como dádivas escassas e valiosas.

Por isso, face à ideia da “ajuda”, era tão difícil às equipes aceitarem as reclamações e discordâncias por parte das pacientes. A lógica da dádiva, nos termos clássicos maussianos, pressupunha generosidade e superioridade de quem a ofertava e, ao mesmo tempo, humildade e, mais do que tudo, gratidão como retribuição por quem a recebia. Para funcionar ali nos serviços de saúde, as ideias de “ajuda” e “caridade” precisavam da ideia de “velha pobre e abandonada”. Contudo, eu começava a ver sinais de transformação dessas relações. Quando uma senhora comentou que era seu direito ter a receita médica completa ou quando um senhor retirou a carteira de trabalho do bolso da camisa e disse ser trabalhador como qualquer um ali (conforme anotou Ana Clara Damásio), menos e menos eu notava que os pacientes viam os serviços de um centro de saúde como um agrado. Ainda assim, uma forte lógica da dádiva, conforme Marcel Mauss nos ensinou, ainda pautava as relações terapêuticas que se estabeleciam nos espaços oficiais da cidade (MACHADO, 2003; CAILLÉ, 2014). A seguir, passarei pelo tripé da dádiva.

3 O ciclo de dádivas

3.1 Dar: A “teoria da cadeira de três pernas” e o “controle”

A ideia de atenção primária é uma concepção relativamente recente. Foi inspirada na Carta de Alma Ata, onde aconteceu um grande e referenciado encontro em 1978. Porém, Ribeiro (2007) mostra que o Brasil aproveitou apenas parcialmente o que foi então proposto. Em vez de irrestrita e ampla, aqui, a atenção primária foi pensada como uma política de saúde voltada, sobretudo, para as populações mais pobres e rurais. Mais recentemente, a atenção básica do SUS incluiu crianças, mulheres e idosos como prioridade. Diante da falta como fenômeno historicamente naturalizado, seria preciso escolher a quem dar atenção. Assim, apesar de “saúde” ter sido concebida em termos constitucionais como “direito” ainda nos anos 1980, não conseguiu superar outras duas ideias ainda correntes de “saúde”: uma encarada “como mercadoria a ser consumida pelas pessoas capazes de financiá-la, [e outra] como caridade a ser oferecida (geralmente de segunda qualidade) aos incapazes de fazê-lo” (TARGA, 2010, p. 28).

Além disso, no tempero local, o país optou por incluir um componente forte de educação em saúde. Essa opção estava em consonância com o público desenhado para a atenção básica, “um receptor concebido como desinformado e passivo” (GARNELO, 2001 apud GARNELO; LANGDON, 2005, p. 140). A educação em saúde nesses moldes parte da premissa de desigualdade entre as partes, da filosofia dos “*empty vessels*” (recipientes vazios), sendo apenas uma transferência “*top-bottom*” (de cima para baixo) a partir dos que sabem aos que não sabem (CYRINO, 2009). Todo esse contexto, que relaciona intercâmbios internacionais de conceitos, formulações nacionais de políticas, formação de quadros profissionais e imagens de alteridade dentro do país, colabora decisivamente para configurar esse ciclo de dádivas que ora retrato.

Foi nesse cenário que ouvi falar da “teoria da cadeira de três pernas”. Representando suas colegas, uma médica explicou que, para manter a “pressão” controlada era preciso seguir, principalmente, três apanágios de comportamento: tomar os remédios receitados, evitar as comidas proscritas e exercitar-se com frequência. Para tanto, criou até um conceito: “Tratar a pressão alta é sentar numa cadeira com

três pernas: se tira uma perna, ela não fica em pé". Essas frentes têm sido encontradas identicamente em vários programas de educação sobre a HAS ao redor do Brasil e do mundo (WHYTE, 2015, p. 105S, e WHYTE, 2015, p. 4, para um exemplo em Uganda). Além disso, a palavra central da "teoria da cadeira" é "controle". Numa das reuniões do "grupo de pressão", uma enfermeira deixou claras as expectativas da equipe: "A gente quer todo mundo bem, todo mundo controlado. E no período que vocês se ausentam daqui, tem que estar se cuidando. Quando vocês estão lá, a gente não está. Tem que envolver a família, tem que cuidar". Em geral, as pessoas no bairro também identificavam desse modo o centro de saúde. Quando perguntei à Dona Fernanda desde quando ela utilizava os serviços do posto, ela disse: "Olha, eu usava antes de ir morar em Uberlândia, e agora, que voltei aqui pra Ceilândia, estou usando novamente porque tem que fazer o controle da pressão, né?". O "controle", na forma da "teoria da cadeira", como uma das poucas tecnologias de tratamento imaginadas para a HAS, era apresentado pelas equipes como a principal forma de cuidar da pressão e, mais importante, como uma dádiva especializada e preciosa. Por isso também era tão valorizado a usuária estar "cadastrada no grupo do HIPERDIA" para receber triagem, medições, palestra, consultas e medicamentos, culminando teoricamente no "controle" da pressão.

A equipe creditava muito do sucesso do "controle" ao seu próprio trabalho realizado e, por isso, sugeriam que as usuárias frequentassem o centro de saúde para ajustar entendimentos equivocados ou replanejar as estratégias para conseguir alcançar a almejada "pressão controlada". Uma técnica de enfermagem explicou que "Se a gente não ficar em cima, eles ficam soltos. Daqui para fora, eles estão soltos. Então, a gente tem que saber se a coisa deu certo, se eles conseguiram controlar a pressão e tal". A assistente social disse que "As pessoas ficam desmotivadas para tomar o medicamento em casa. Quem está no grupo, por exemplo, toma melhor o medicamento". Dona Neide era uma das pacientes que concordava com essa eficiência. Comentou que ela e suas irmãs tinham colocado um irmão no grupo, já que ele "não cuidava muita da pressão, só olhava a pressão quando estava ruim". Elas esperavam que o "controle" oferecido algumas vezes ao ano pela equipe nas reuniões do grupo da pressão ajudaria a manter o irmão "na linha". Dentro da instituição, as pacientes não estariam "soltas", mas cadastradas, registradas, listadas, examinadas, aferidas e devidamente reprimidas se não apresentassem a "pressão controlada". Mais do que conhecer seu estado de saúde, frequentar a instituição era uma forma de ter vigiados

os comportamentos ou, ao menos, de exibir uma retórica pública de convencimento de que esses comportamentos vinham sendo seguidos.

As equipes concluíam se a paciente estava com a “pressão controlada” a partir de seus relatos e sintomas, mas, sobretudo, pelos números que resultavam das aferições. Assim explicou uma enfermeira em relação às oscilações da pressão: “Como estamos num ambiente de posto, o fisiológico é que contará mais, os números é que importarão”. Hunt e Arar, que também estudaram as relações entre pacientes e as equipes no contexto das doenças crônicas, lembram a perspectiva fiscalista da biomedicina:

Enquanto as pacientes enfatizam as dificuldades na esfera social e o impacto de uma doença crônica em suas vidas, as profissionais de saúde veem a doença crônica como fundamentalmente um problema patofisiológico e estão mais preocupadas com o controle técnico da condição (2001, p. 349).

Em certa ocasião, um dos guardas me explicou sobre o público do posto: “Nesse caso, é mais gente de idade. Mas, vocês sabem, depois dos 50 anos, todos nós temos que fazer o controle, os exames, né?”. De tempos em tempos, perscrutar o corpo e conhecer suas informações internas, escondidas e silenciosas era a forma de cuidar de sua saúde, ainda mais depois de “virar o cabo da Boa Esperança”, como me diziam. O controle estava sempre ligado aos exames (de laboratório ou de ambulatório), essa prática de revelação – mas também de criação de verdades (GREENE, 2007; ROSE, 2007).

Além da centralidade dos esfigmomanômetros, o “controle” poderia ser colocado em prática de muitas outras formas: o livro de presença, o registro das aferições no “cartão do paciente crônico”, as informações inseridas no prontuário durante a consulta, a informatização dos prontuários, que permitia que toda a equipe tivesse acesso aos dados da paciente, a assinatura e o CRM das médicas que validavam as receitas, os carimbos de “entregue” que as farmacêuticas deixavam nas receitas etc. Eram todas medidas para saber não somente como andava a pressão arterial, mas também as andanças da paciente pelo centro de saúde. Quando perguntei a Dona Clarice como era a “reunião do grupo”, ela disse: “A reunião acontece antes da consulta. É para esclarecer de sal, de comida, que não pode se exaltar, ver a pressão como está, ver se está controlado, ver se o cartão está em dia, ver se tem que mudar o medicamento ou não”. O verbo “ver” foi recorrente em seu depoimento.

Apresentar-se no dia da reunião do seu grupo era, sobretudo, para ter seu corpo, seus documentos e sua presença reconhecidos pela equipe. A equipe queria acreditar que a assiduidade poderia ser um sinônimo de aceitação e adesão à “teoria da cadeira”. Veria, sobretudo, se o processo de conversão da paciente, o que chamavam de “estilo de vida de hipertenso”, estava sendo vivenciado diariamente. Uma médica, inclusive, explicou de modo bem-humorado que, diante do diagnóstico de HAS, esperava-se uma transformação tão grandiosa de hábitos, que a paciente deveria até trocar de nome para vivenciar plenamente esse novo “estilo de vida”.

Era esse conjunto de verdades e saberes, enunciado por equipamentos, documentos e *experts*, que constituía o que a equipe entendia como a dádiva que oferecia aos pacientes do grupo e, em troca, esperava que todos se apresentassem como “12 por 8” (COUTINHO, 2015). A troca de dons nos cenários terapêuticos é bastante comum, como lembra Machado: “Dos médicos, esperam-se os dons da atenção/escuta/cuidado e os atos curativos; dos usuários, esperam-se os dons da atenção/fala/gratidão e os atos de adesão aos procedimentos de cura. Médicos e usuários parecem compartilhar e participar de uma mesma definição do que esperar de uns e outros” (2003, p. 5). Era uma tecnologia de cuidado e comportamento compreendida como racional, precisa, científica e facilmente realizável. A “teoria da cadeira” e sua filosofia fundante, o “controle”, substanciavam o que vem sendo chamado na antropologia como “*authoritative knowledge*” (JORDAN, 1993) ou, numa tradução muito acertada, o “conhecimento competente” (CHAUÍ, 1990), aquele em que as ideias de “verdadeiro” e “autorizado” se equivalem: “O discurso competente é o discurso do especialista, que está habilitado a falar pelo seu lugar na hierarquia e destinado a ser ouvido pelos que lhe são ‘inferiores’” (CHAUÍ, 1990).

No cotidiano do centro, era possível ver como a ideia de comportamento em relação à doença poderia se estender ao comportamento pessoal. Uma técnica da sala de acolhimento contou: “O que altera a pressão é o sal, é o calorão. Tem uns que vêm para cá andando por aí tudo. Chegam aqui, nem sentam para esperar. Já chegam e ficam aí, arrebatando a porta de tanto bater. Claro que a pressão vai estar alta, né?”. O controle da pressão, eu ia percebendo, era uma forma eficiente de manter o controle sobre a atitude das pacientes de um modo geral. Ia se conformando como uma potente estratégia de definição de como deveria ser a senhora velha, pobre, cidadã. O regramento, vocalizado na forma de comida, esportes, bioquímica (na imagem da “cadeira de três pernas”), ia se estendendo para uma expectativa de pontualidade e

assiduidade nas reuniões do grupo, de aceitação da autoridade técnica da equipe, de resignação e passividade diante da falta de medicamentos ou da espera pelo atendimento diante de uma porta fechada. O controle era, acima de tudo, moral.

3.2 Aceitar e retribuir: ser “12 por 8”

Alguns membros da equipe eram vistos como “bons” por darem coisas valiosas (receitas de psicotrópicos, amostras grátis de medicamentos, encaminhamentos para serviços especializados, encaixes de consultas, glicosímetros etc.) ou por serem amáveis, por tratarem os pacientes “que nem gente” e por lhes ensinarem sobre a “teoria da cadeira”. Muitas pacientes tentavam aceitar a dádiva oferecida, como bem explicou Dona Zélia: “Eu tenho que me cuidar. Se não, quando eu chegar lá, o médico vai puxar minha orelha com razão. Se ele puxa, ele tem razão, ele faz para o nosso bem. Umhas pessoas nem tentam, né? Aí, quando chegam lá, estão nas últimas. E chega lá querendo que os médicos deem jeito. Tem que se cuidar, tem que fazer a nossa parte”. Para não ficar “solta” quando estivesse longe do centro de saúde, o controle deveria ser realizado pela paciente todos os dias em casa a partir do *homework* (MATTINGLY et al., 2013), isto é, o trabalho miúdo e continuado de colocar em prática cada uma das “pernas da cadeira” – dieta, medicamentos e exercícios físicos. Era seguir tudo o que fosse sugerido para controlar a pressão ou, ao menos, encontrar uma forma de mantê-la controlada mesmo se outra teoria tivesse sido escolhida. Como Dona Zélia explicou, o controle permitiria chegar a uma nova sensação de normalidade e bem-estar: “Se a doença estiver controlada, a vida é normal. A cura é o controle”.

Dessa forma, “fazer a sua parte” era aceitar a “teoria”, “andar na linha” e, sobretudo, apresentar-se “controlada” no momento da aferição arterial no postinho. Ao apresentar-se “12 por 8”, a paciente estaria comunicando que havia, sim, introjetado a “teoria” e que sua pressão evidenciava concretamente a retribuição que devolvia à equipe do posto. O ciclo de dádivas estava, portanto, completo, e a relação entre profissionais e público seguiria suave e fluida, como lembram Mattingly et al. (2013):

Os pressupostos inerentes nos programas de cuidado domiciliar (*home care*), intervenções e tratamentos sobre os aspectos sociais do dever de casa (*homework*) vistos como naturalmente positivos

– um tipo de dádiva – provaram ser problemáticos. A dinâmica do *homework* envolve uma obrigação implícita para que as pacientes retribuam. Nessa “troca de presentes”, as pacientes recebem informação, medicina e treinamento técnico da equipe de saúde (setor profissional) e é esperado que retribuam a tudo isso realizando seu *homework*. Nesse sentido, as pacientes fazem o tratamento – e os setores profissionais – exitosos (p. 366).³

Quando as equipes deparavam com resultados numéricos acima do esperado, supunham que a dádiva estivesse deixando de ser reconhecida e, mais importante, retribuída. Certa manhã, na sala de acolhimento, perguntei a uma técnica em enfermagem por que, em sua opinião, as pacientes chegavam com a “pressão” alta. A técnica sequer suspirou para me responder: “Ah, são todos burros esses pacientes, porque o doutor explica tudo direitinho. Explica e explica. Ele é muito paciente com as pessoas. Depois, eles voltam aqui na nossa sala e a gente explica de novo, ou lá na farmácia também. Mas não usa direito, não toma o remédio direito, ainda mais quando é mais velho. Além disso, não consegue parar de comer as coisas, come tudo igual e depois não entende porque [a pressão] continua alta e tal”. Com paciência e repetição, explicar, explicar novamente e explicar ainda outra vez – a equipe fazia sua parte no contrato. Como também encontraram Hunt e Arar, entre pacientes latinos no sul dos EUA,

[...] a adequação, acessibilidade e propriedade das recomendações clínicas são muitas vezes tidas como certas pelas equipes, enquanto tratamentos fracassados são atribuídos à falta de cooperação da paciente, tanto por intenção quanto por ignorância. A estratégia central das equipes para promover adesão é a tentativa de incitar as pacientes para cooperarem ao lhes serem oferecidas **ainda mais informação e motivação** (2001, p. 361, grifo nosso).

Aquela funcionária e suas colegas nem sempre consideravam outros fatores, bioquímicos ou não, que pudessem estar a alterar a pressão, ou as dificuldades de acesso, inclusive financeiros, aos medicamentos, nem cogitavam inventar outras formas institucionais não medicamentosas de lidar com as alterações pressóricas (como psicoterapia, terapia ocupacional, esportes e atividades lúdicas, por exemplo). Ouvi muitas

³ Essa e as demais citações em língua estrangeira foram traduzidas por mim.

vezes, portanto, que as pacientes não tomavam a medicação prescrita por não compreenderem sua importância, posologia, centralidade ou, mais do que tudo, por negarem – por desconhecimento e/ou altivez – que a biomedicina estivesse lhes oferecendo o melhor (aliás, o único) tratamento eficiente e disponível para a HAS.

Essa técnica com quem eu dialogava na sala de acolhimento continuou sua análise: “Mas eu acho que eles não tomam mesmo porque o remédio é dado de graça. Eles não valorizam, sabe?”. Ficava claro como, além da alteridade em termos de classe e geração (as “velhas e pobres”), discussão com a qual abri esse capítulo, havia também a quebra do ciclo de dádivas, já que as pacientes não “valorizavam” o que lhes era dado gratuitamente – explicações, paciência e pílulas. Era inaceitável que tudo isso fosse negado, já que, com os medicamentos em mãos, ao menos, a equipe poderia continuar tentando convencer as pacientes a tomá-los – “o comportamento da paciente em termos da expectativa profissional” (HUNT; ARAR, 2001, p. 350). As autoras continuam:

[...] nessa orientação, a propriedade e a virtude das recomendações de tratamento são tomadas como certas e o problema de promover comportamentos de autocuidado se reduz a simplesmente encontrar maneiras para suficientemente educar e motivar as pessoas para que elas sigam o conjunto de ações certo e óbvio (p. 350).

A atenção básica, quando nasce nos anos 1970, contava com uma perspectiva de “progressiva responsabilização do *self* (como valor central do individualismo) e do controle das pessoas” (TARGA, 2010, p. 23). A educação em saúde com base na mudança comportamental pode ser muito capciosa. Por um lado, ela pode parecer autoritária, mas estudiosas da antropologia do Estado têm nos lembrado, justamente, que essas estratégias precisam, antes de tudo, tomar seu público “ativo” como aquele que “exercita suas próprias escolhas em seu próprio interesse e experimenta liberdade através do automanejo” (SHORE; WRIGHT, 1997, p. 33). Sugiro que políticas como o HIPERDIA, que dependiam da prática do controle e comportamento individuais, “pressup[unham] em vez de anularem a capacidade das pessoas como agentes” (GORDON, 1991, p. 5 apud SHORE; WRIGHT, 1997, p. 6). Por outro lado, contudo, essa ideia de agência prevê que os sujeitos devam ter autonomia para mudar apenas as atitudes previstas pela política. Essa ideia, portanto, pode desonerar o Estado e sobrecarregar o indivíduo:

As intervenções informativo-educativas estimulam a adoção de padrões de comportamento autônomos e responsáveis, mas apenas para aquilo considerado "bom" e "saudável" pela ciência médica, já que a ênfase na erradicação dos comportamentos considerados "de risco" permanece intacta (MENÉNDEZ, 2003 apud GARNELO; LANGDON, 2005, p. 141).

Nessa abordagem utilitarista, "o comportamento do doente deve ser compreendido apenas para ser modificado, atendendo às prioridades e necessidades definidas pelo sistema de saúde" (GARNELO; LANGDON, 2005, p. 140-1). Outras pessoas, mesmo reconhecendo ser necessário estarem atentas à saúde, poderiam perceber essa relação continuada com o centro de saúde como algo um pouco devassador, como disse Dona Genoveva: "Ah, os médicos desconfiam muito da gente, assim. Eles desconfiam muito de paciente [crônico]. Trata a gente que nem criança. Eles perguntam tudo, como a gente fez, o que a gente comeu etc. Eles botam tudo isso no computador. Eles sabem de tudo. Não adianta não fazer como ele falou, ele vai saber". Muitas vezes, o escrutínio do comportamento, dos números, do consumo posológico correto vinha na linguagem do cuidado e era valorizado por muitas pacientes. Entendiam que as profissionais de saúde estavam lhe dirigindo tempo e escuta atenta para localizar as dificuldades em entender e/ou praticar a "teoria da cadeira". O comportamento poderia também ser, contudo, igualmente paternalista. Conforme o pensamento que Dona Genoveva acabou de explicar, uma técnica da sala de acolhimento disse: "A gente tem que ter mais cuidado com eles. A gente não tem coragem de soltar essas crianças. Eles dão trabalho. Muitos são idosos". A devassa era estratégia para localizar qualquer comportamento que pudesse indicar a não aceitação e não realização da "teoria de três pernas". Dona Paula, por exemplo, nos contou que pegava seus "remédios da pressão" ali no centro de saúde: "Mas eles não podem saber que eu tenho convênio. Não podem saber. Se não, eles não atendem mais, você não consegue mais pegar o remédio, consulta, nem nada". Na sala de acolhimento, certa vez, presenciei um diálogo entre uma técnica e uma paciente. A filha dessa última, que também fazia parte do "grupo", tinha começado a "frequentar o particular". Então, a mãe não sabia se ela continuaria indo às reuniões do postinho. A técnica foi tentando convencer a mãe de que era importante a filha honrar o que lhe era oferecido ali no centro de saúde. Primeiramente, disse: "São duas consultas por ano só, você sabe". Depois, subiu o tom: "Mas ela vai ficar sem o acompanhamento?". Por fim, outra paciente, que também acompanhava de perto o diálogo,

disse exclamativamente: “Está tão difícil conseguir consulta! Ela vai mesmo desperdiçar essa daqui?”. Ao contrário dessa mãe e sua filha, Dona Paula, no primeiro exemplo, tentava utilizar todos os serviços que pudessem lhe ajudar a “controlar a pressão”, seja ali e em outro posto de saúde, seja ali e em um serviço privado, sem ferir a sensibilidade de quem havia iniciado a troca de dádivas. Ela evitava a todo custo fazer uma “desfeita”, correr o risco de interromper o ciclo e, sobretudo, perder os benefícios, como pareceria acontecer em breve com a jovem “hipertensa” no segundo exemplo.

Aferições pressóricas, prontuários clínicos e receitas médicas, sempre como suportes para o registro de números e comentários, eram práticas que Dona Genoveva, Dona Paula e tantas outras senhoras viam reter o potencial de escrutínio e delação e, com mostrarei à frente, de estigmatização e penalização. As pessoas percebiam essa atmosfera de vigilância que vinha a reboque do “controle da pressão”. Durante minha pesquisa, o centro de saúde continuava chamando o formato de “grupo do HIPERDIA”, “grupo de apoio” ou “grupo de pressão”; contudo, mais e mais, as pacientes percebiam que se tratava de um “grupo da pressão”, como chamavam à boca pequena e de modo irônico (FLEISCHER, 2013). Por isso, Mattingly (2006) me inspira a ver os centros de saúde como “border zones” (zonas de fronteira), onde aconteceriam “experiências cosmopolitas híbridas” (CLIFFORD 1997, p. 25 *apud* MATTINGLY, 2006, p. 495). Nas palavras de Mattingly (2006),

O mundo clínico tem sido reconhecido, frequentemente, como um terreno contestado. O hospital urbano é um lugar onde mal-entendidos e conflitos surgem rotineiramente. [...] Os serviços de saúde urbanos nos Estados Unidos são caracterizados por um conjunto confuso de línguas, nacionalidades, identificações raciais, classes sociais e religiões (p. 495).

No caso da Guariroba, um intenso contraste entre experiências urbanas e rurais, entre jovens e idosas, entre pobres e ascendentes sociais e entre sadias e adoecidas aquecia essa “zona de fronteira” com novas conflitualidades. Nos encontros clínicos com sujeitos em posições tão diferentes e tão desiguais, a “prática da alteridade” (*othering*), bem como as falhas de comunicação, na “emblemática figura do paciente mal compreendido”, se tornavam mais e mais comuns (MATTINGLY, 2006, p. 495).

4 “Controlados” e “descontrolados”: uma tipologia moral das pacientes

Diante da “pressão controlada”, a roda da dádiva girava azeitada. Essa era a situação idealmente pensada para o HIPERDIA praticado naquele centro de saúde. A partir desse parâmetro, vinha sendo desenvolvida uma tipologia das pacientes, como outras pesquisas sobre a convivência com a HAS também encontraram (SARRADON-ECK et al., 2010). As equipes classificavam a clientela em dois tipos e mantinham com eles atitudes respectivas. “Cada médico tem tanto o seu modelo de ‘doença ideal’, assim como o seu ‘paciente ideal’, definidos tanto pelas características específicas da pessoa como pelas manifestações e sintomas decorrentes da trajetória da doença” (VIEIRA, 2004, p. 106). É importante reter aqui que a “paciente ideal” servia como referência para contrastar com outra, não tão ideal.

Sugiro que, primeiramente, a paciente ideal fosse aquela “controlada”, “disciplinada”, “comprometida” e, por isso, tida e tratada de modo distinto. Aparentemente, ela tinha compreendido a “teoria da cadeira”, conseguido internalizar a prática cotidiana do “controle”, demonstrado sua conversão ao “estilo de vida de hipertensa” e inventado uma forma, em seu dia a dia, para se manter por bastante tempo perto do “12 por 8” ou, ao menos, estrategicamente “controlada” quando visitasse o centro de saúde. O depoimento de uma das médicas que ali conheci se referia às pacientes com diabetes, mas era facilmente transponível para a paciente ideal com HAS:

Mas tem uns pacientes que eu dou mais atenção. Por exemplo, em muitos casos, depois de dez anos tomando a medicação, ela afeta o pâncreas e não faz mais efeito. Tem que partir para a insulina. Tem um paciente que, quando eu falei isso, ele ficou todo disposto. “Ok, doutora, vamos fazer essa mudança.” Esse eu mando vir duas vezes na semana, para eu controlar a glicemia e ver a dosagem certa de insulina. *Esses que têm disposição, que querem cuidar, eu ajudo, eu dou atenção. Não que eu não dê aos outros, mas esses são especiais* (grifo nosso).

Essa médica sempre começava as consultas das pacientes que se apresentavam “controladas” com um entusiasmo “Parabéns!” e depois algo como “Sua pressão está ótima hoje!”. O restante da consulta era embalado com sorrisos e gentilezas, piadas e cumplicidades sobre

o centro de saúde, o bairro, a política local ou até sobre o Nordeste, de onde ambas geralmente vinham. Essas consultas tendiam a durar um pouco mais do que aquelas com as pacientes do segundo tipo, descrito a seguir.

Numa das vezes em que estive na sala de acolhimento, uma técnica em enfermagem media a pressão de um representante farmacêutico. Ele tinha acabado de entregar sua doação aos consultórios do posto e parara ali para papear, jogar seu charme e também, por que não?, verificar a pressão do dia. Enquanto operava o esfigmomanômetro, a técnica me explicou: “A pressão varia muito. Tem os [pacientes] que vêm controlados. Toma o remédio, faz parte do grupo, vem controlar aqui. A pressão pode controlar. Mas tem também os relaxados, os relapsos. Aqueles com 17 por 9, 16 por 9”. De repente, ela parou de falar e todos rimos. O exemplo coincidia com o resultado que ela via no aparelho ao redor do braço do vendedor. Quando retomou o fôlego, continuou, sem perder a chance de mencionar a “teoria da cadeira”. Parecia já não falar para mim, mas ao representante farmacêutico rapidamente transformado em paciente: “A pressão varia para os que são relapsos. Tem que controlar a comida, o remédio, fazer exercício, viu?”

Na Guariroba, esse tipo de paciente “relaxada” ou “relapsa” também era chamada de “destrambelhada”, “descompensada”, “descontrolada” ou, como Calvo-Gonzalez também encontrou em Salvador (BA), “rebelde” (2011). Como também notaram Cyrino et al., no Brasil tem sido comum “as profissionais estabelecerem um julgamento moral a respeito da não obediência (não adesão) e, assim, rotular tal pacientes como *difíceis ou inadequadas*” (2009, p. 95, grifo nosso). Rose (1999), pensando em outros cenários (como o mundo da cidade ou do trabalho), lembra que, nos tempos atuais, as práticas de governo na Inglaterra tendem a

[...] designar uma moradora de rua como alguém que aprecia dormir em lugares ásperos – como se a falta de acomodação fosse uma escolha de estilo de vida ou um sintoma de uma patologia. A pessoa desempregada agora é oficialmente designada como “quem procura trabalho”, um termo que coloca o problema firmemente dentro do modo de vida do indivíduo (p. 254).

Sugiro que a pessoa que convivia com “problemas de pressão” vinha sendo percebida, mais e mais, como uma “paciente des/controlada”, conforme sua capacidade de gerenciar seus níveis pressóricos. Aquelas que não honravam a obrigação de se manterem saudáveis (ROSE, 1999,

p. 255) tenderiam a ser submetidas a essas novas práticas de abjeção cada vez mais eficientes. “A saúde, compreendida como um imperativo para o *self* e para os outros, para maximizar as forças vitais e potencialidades do corpo vivo, tem se tornado um elemento chave no regime ético contemporâneo” (ROSE, 1999, p. 23).

Além das medições e registros pressóricos, alegorias poderiam ajudar as funcionárias nesse esforço classificatório das pacientes. Uma enfermeira contou que uma médica que ali trabalhou por um tempo “costumava desenhar umas carinhas na capa do prontuário. Um sorriso para cima era para lembrar que aquele ali era um paciente sorridente, bom astral. Um sorriso para baixo era o reclamo, o briguento”. As *smiley faces*, similares aos *emoticons* ou *emojis*, eram a explicitação icônica da tipologia de pacientes que venho descrevendo. O desenho ajudaria a produzir a síntese: a “paciente com pressão destrambelhada” poderia virar, simplesmente, a “paciente destrambelhada” e, quando uma funcionária batesse o olho naquela carinha de muxoxo desenhada na capa do prontuário, simplesmente pensaria: “vou atender uma destrambelhada”. Eram termos muito diferentes, que, aos poucos, iam se amalgamando. Equipamentos, números e rabiscos, todos ajudavam a construir esse mundo social dos “problemas de pressão”. Além disso, era possível reconhecer os dois tipos de pacientes a olho nu: “Dá para bater o olho e já saber. Os obesos, os gordinhos e também aqueles que chegam aqui ofegantes a gente já sabe que são hipertensos”, disse-me certa feita uma médica. Aos poucos, o olho experiente passava dos aparelhos de medir e dos exames laboratoriais, dos escritos e desenhos até as informações fenotípicas para classificar as pacientes e, como mostrarei a seguir, decidir como (des)tratá-las.

Ademais, como a “falta de controle” associava-se com alguma facilidade à “falta de entendimento”, depois à “falta de escolaridade” e, finalmente, à “pobreza”, as funcionárias pareciam não achar importante repassar explicações muito detalhadas às pacientes. A imagem construída sobre o “outro” ia orientando o tipo de relação estabelecida com ele, bem como, naquela instituição de saúde, o tipo de medicina que lhe seria oferecido. Notamos como, no posto de saúde, as médicas falavam de modo diferente com as pacientes e conosco, enquanto pesquisadoras. Quando estávamos dentro do consultório, uma das clínicas interrompia a consulta, virava-se para onde estivéssemos sentadas e passava a um monólogo didático dirigido a nós. Paulo Coutinho, um dos pesquisadores, chamou esse modo narrativo de “aula”, já que a médica explicava com termos técnicos complicados o mecanismo de entupimento das veias ou

do coração. Em primeiro lugar, estava por dividir o consultório ao meio, objetificando a paciente, ao falar sobre ela sem considerá-la no assunto e nos incluindo automaticamente no mundo simbólico da biomedicina (ainda que também nos colocasse no lugar de também precisarmos ser instruídas sobre medicina). Em segundo lugar, estava por formular reclamações e desabafos sobre o comportamento inapropriado daquela paciente “relaxada”, que se encontrava no consultório. Por fim, “[supunha] que o usuário, tendo poucas informações sobre os saberes médicos, pouco precisar[ia] saber sobre ‘sua doença e seu tratamento’” (MACHADO, 2003, p. 13) e esperava encontrar em nós uma audiência que talvez entendesse seu palavreio. Ainda assim, parecia ter a intenção de se comunicar com essa paciente de modo indireto, ao dar-lhe uma bronca utilizando o “conhecimento competente” e arregimentando pares (isto é, nós, pesquisadoras) nesse sentido.

Assim, Boltanski, em seu estudo hoje clássico (2004), e Faizang (2010), mais recentemente, mostraram que “a informação é oferecida de modos diferentes, conforme a categoria sociocultural da paciente” (2010, p. 107) – mas também, acrescento, conforme o lugar em que essa paciente era colocada dentro da lógica da dádiva. Subestimava-se a capacidade de compreensão dessa paciente por conta de sua condição de idade e de classe, e, sobretudo, por ter interrompido o ciclo de dádivas, chegar “15 por 10” e ser legendada como “rebelde”, a equipe ficava desestimulada em continuar investindo nessa relação. Supunham que não valia a pena, não haveria retorno e, assim, os serviços de saúde iam sendo distribuídos de modo desigual, priorizando quem já estava “controlada” e era “especial”. Talvez por isso as consultas fossem tão rápidas: era um encontro para comunicar um recado (de modo simples, pausado e às vezes até em voz mais alta) sobre parte do corpo adoentado e, caso necessário, aplicar uma bronca. Não parecia haver a oportunidade para desenvolver uma explicação detalhada e personalizada, uma possibilidade de trocar informações e estratégias mútuas sobre como “controlar” aquela pressão teimosa. Nas palavras de Machado (2003),

O médico, enquanto figura e categoria generalizada, parece ter pouca cumplicidade identitária com o paciente das classes populares, e, assim o trata como um outro, no sentido da diferença matemática de “menos”. Neles parece pouco se reconhecer, de tal modo que a dádiva pode ser feita de forma mais restrita, não através do diálogo, mas apenas pelo ato do procedimento médico sobre a parte do corpo “doente” (p. 13).

Em geral, a prática das “aulas” dentro do consultório deixava muito claro como, para aquela médica, valia mais a pena destinar explicações pormenorizadas a um público tido por ela como mais “sabido” e “estudado” – e, assim, mais parecido e mais cúmplice. Eu ficava absolutamente constrangida, porque se faziam evidentes as hierarquias que embalavam aquela relação terapêutica – bem como todas as outras relações que ali dentro se estabeleciam, inclusive a de pesquisa.

4.1 “Especiais” ou “relapsos”: bonificação ou penalização

Eram muitas as formas de reconhecer e estimular aquela paciente “especial” e, de outro lado, penalizar a “relaxada”. Eu notava isso, particularmente, nos encaminhamentos que surgiam nos consultórios. A paciente “12 por 8”, tida como “ideal”, poderia ganhar amostras grátis de remédios tidos como mais “eficientes” (menos “perigosos” e mais “sadios”); poderia ter suspensos alguns itens da receita, bem como seus efeitos colaterais e o raio de circulação pela cidade para encontrá-los; poderia ter liberada parte da dieta alimentar; e poderia receber sugestões de atividades e eventos que o centro de saúde estivesse promovendo. Já a paciente “17 por 9” recebia o contrário: receitas mais longas e com mais remédios para os novos problemas identificados (colesterol, gordura do fígado, insônia, nervoso); itinerários mais distantes para conseguir ou comprar medicamentos; e encaminhamentos para médicas especialistas (nutricionistas, endocrinologistas, cardiologistas). A Dona Sandra, que desde o ano anterior vinha com uma “pressão descontrolada”, a médica disse: “Não vou aumentar o remédio da pressão. Quero que você perca peso. Se você perder, posso até suspender o remédio. Coisa chata é tomar remédio, não é?”. Ao final de uma consulta observada pela pesquisadora da equipe Fabiana Oliveira, uma médica lembrou outro paciente “rebelde” sobre a “teoria da cadeira” e lhe entregou um pedido de exame de próstata, alegando simplesmente que já atingira a idade recomendada. Receitas mais longas, exames invasivos e menos simpatia pareciam ser algumas das penalizações às pacientes “descompensadas”.

Uma reação comum das equipes a esse último tipo de paciente era o “castigo”, um termo da esfera cristã, ou a “bronca”, tão familiar ao mundo da infância. O “castigo” poderia ser deixar a paciente ser atendida por último no dia do grupo, transferi-la para o grupo do

médico “ignorante”,⁴ passar um remédio que fosse raro nas farmácias públicas e caro nas privadas, “tirar” os alimentos favoritos. Já a “bronca” vinha ao final da consulta. Uma enfermeira ponderou:

A gente faz de tudo para não deixar o paciente solto. Se não, ele corre para o pronto socorro. Se a gente solta, ele descompensa. Se for cortado [do “grupo”], ele acaba voltando e a gente põe na lista de espera. A gente não deixa solto. A gente sempre fala que eles têm que fazer o controle. Se não está bom, a gente dá aquela brigadinha para valorizar, sabe?”

Poderiam lembrar o que poderia acontecer caso os “pés da cadeira” se mantivessem instáveis. Uma técnica de enfermagem disse, na linguagem do risco:

Eu faço terrorismo mesmo. Eu falo assim: “Não tem problema não controlar, não”. E depois pergunto: “O senhor tem um filho, assim, bem forte?”. Eles acham graça na minha pergunta, respondem que sim ou que não, depende da família. Aí eu digo: “O importante é ter um filho bem forte para dar banho neles depois, para colocar para ir no banheiro, porque, se não controlar, depois dá derrame e fica aí, tudo dependente de filho”. Eu falo mesmo, para ver se muda.

Logo após a saída de um paciente, o médico disse para Ana Clara Damásio e Paulo Coutinho, que em dupla observavam as consultas daquela manhã: “Esse é relaxado. Esse daí não adianta explicar. Ele não fala a verdade e está caminhando para a diabete. Só vai se cuidar quando tiver um infarto ou um derrame”. Estava resignado, perdera o entusiasmo de transformá-lo em um paciente “especial”, e concluiu: “Paciente hoje em dia não escuta o médico”. Pires e Mussi lembram que

[...] os profissionais de saúde, embora reconheçam que a mudança de comportamento seja importante para detectar, melhorar e minimizar possíveis problemas de saúde, muitas vezes não sabem como fazê-lo. É comum serem utilizados métodos baseados na

⁴ Duas classificações eram utilizadas pelas pacientes nesse centro de saúde de modo bastante nítido e comum. Havia os “bons médicos”, que era amáveis, conversadores, bem-humorados e respeitadores e havia os “médicos ignorantes”, que “não olhavam no rosto do paciente”, que atendiam em dois minutos, que não explicavam sobre o adoecimento nem os medicamentos. Para uma discussão mais aprofundada e contextualizada, cf. Fleischer (no prelo).

coerção ou ainda na tentativa de transferência de conhecimentos, como de um recipiente para outro, aguardando que, a partir daí, o outro reaja com mudanças automáticas e imediatas. No lugar da informação, a ameaça; no lugar da educação, a proibição. Sob tais métodos não conseguem conquistar aliados, apenas transferem responsabilidades (2009, p. 233).

A produção dos valores pressóricos também oferecia uma forma de tratar as pacientes diferentemente. Segundo Hartland, os fabricantes do aparelho automático reforçam que esse tipo elimina o viés do observador, já que era possível "usa[r] o mesmo procedimento em todo caso" (1996, p. 82). Por outro lado, a autora notou que as instruções do aparelho manual eram interpretadas e seguidas de modo diferente, produzindo uma "ampla variação de resultados" mesmo entre profissionais de saúde experientes (1996, p. 81). Ali no centro de saúde, ao que me parece, a possibilidade de variação de resultados era reconhecida e utilizada idiossincraticamente pela equipe. Por exemplo, vi pacientes que chegavam atrasadas para o "grupo" serem medidas sem que tivessem tido a chance para sentar e descansar, fazendo com que os índices pressóricos fossem propositalmente registrados como altos. Isso contribuiria para que fossem repreendidas pela médica, uma vez dentro do consultório, ao passo que as pessoas que haviam esperado pacientemente no corredor de espera, sem bater na porta da sala de acolhimento, poderiam estar com a pressão em "14,5 por 11" e a técnica de enfermagem anunciaria apenas o número da sístole arredondado para baixo, "14". Pareceria menos grave para a paciente e também para a médica que a atendesse.

Machado, que também pesquisou as relações entre equipes e usuários dentro de instituições hospitalares públicas no DF e à qual sou tributária para conseguir avançar a discussão aqui empreendida, ajuda a entender a não excepcionalidade desse cenário que encontrei na Guariroba:

A invocação que aqui faço do modelo da dádiva como um dos princípios de organização social, apontado de forma brilhante por Mauss (1974), é clara. A novidade que trago é a de que este princípio pode se realizar tanto na sua positividade quanto na sua negatividade, onde se realiza através das formas de conflito exatamente estruturadas a partir do modelo positivo de circulação de dádivas. [...] O modelo maussiano da reciprocidade permite pensar, ao mesmo tempo, a conflitualidade (ver, neste

sentido Boileau, 1995) e a circulação positiva de expectativas, e, também, simultaneamente o exercício de regras de prestígio e de direitos (2003, p. 7).

A autora está falando de uma “circulação negativa da reciprocidade de formas de prestígio” onde a “produção das barreiras invisíveis é o sintoma da circulação de dons que se realiza na negatividade” (p. 8). Quer dizer, as portas trancadas, as broncas e castigos, as penalizações na forma de receitas mais longas eram todas expressões dessas “barreiras invisíveis” que as pacientes recebiam por parte das equipes. E, como uma contraparte inesperada pelas equipes, ainda que claramente numa contínua circulação de dádivas, a “pressão descontrolada”, a agressividade e frustração, a boataria sobre o “médico ignorante”, a migração definitiva para outro centro de saúde eram todas praticadas por parte das pacientes que passavam, mais e mais, a “caçar os seus direitos”. Como Machado lembra, felizmente, “muitos usuários insist[iam] nos seus saberes e direitos” (p. 8).

5 E quando a maioria está “controlada”?

Um dado, contudo, me causou particular surpresa. Em 2014, nossa equipe teve a oportunidade de assistir a 127 consultas oferecidas às “pacientes da pressão”. Se aquele centro de saúde tinha cerca 800 pessoas “hipertensas” cadastradas, sugiro que, desse total, tivemos contato com cerca de 15% – portanto, um montante representativo. Com base nos resultados numéricos que eram anunciados assim que a consulta começava, parece que as médicas consideravam que a pressão arterial “normal” poderia ser algo em torno de “11 por 7”, “12 por 8” ou “13 por 9”. Averiguamos que dois terços dessas 127 pacientes estavam com a pressão “normotensa” (COUTINHO, 2015). Quer dizer, a grande maioria das pacientes estava “controlada” e não era necessariamente, como a equipe gostava de repetir, um público “relaxado” quanto à dieta, ao medicamento ou ao exercício físico.⁵

⁵ É claro que esse dado tem, pelo menos, dois *bias*: pode ser que tivemos uma enorme sorte em conhecer 15% de pacientes especialmente regradas e que, no dia a dia, essa não fosse a realidade enfrentada pelas equipes, ou pode ser que esse grupo estivesse “controlado” naquela ocasião em que as conhecemos (conforme as táticas de “autocontrole” que detalhei acima), mas, nas demais consultas, comum mesmo era estarem “fora da linha”.

Ainda assim, as funcionárias se referiam às “hipertensas” como sendo, em geral, “descontroladas”, “teimosas”, “rebeldes” e até, como comentei acima, “burras”. A imagem de uma minoria “descontrolada” (o terço que estivesse muito acima de “13 por 9”) era utilizada para se referir à maioria “controlada”, criando e mantendo um estigma sobre todo o conjunto de “pacientes de cartão”. Assim, ficava-me claro que esse idioma do “controle”, com suas teorias, práticas e penalizações, tinha intenção e alcance muito mais amplos do que somente a HAS.

Também era esperado que essas senhoras adoecidas fossem assíduas no “grupo do HIPERDIA”, mantivessem uma vida “tranquila” e sem “preocupações”, contassem com cuidadoras familiares dedicadas, participassem das atividades de sociabilidade de idosas e demonstrassem sua gratidão por receber atenção tão generosa do Estado. A “pressão” não era somente um problema de saúde, mas um idioma sobre vários assuntos. O “controle” não era somente uma tecnologia biomédica, mas uma ferramenta de disciplina dos corpos e das subjetividades. O encontro dessas duas realidades, na figura do “controle da pressão”, inspirava essa política pública a ser compreendida como um “dom” que “desenvolveria” e faria “evoluir” seus envolvidos, tanto quem ensinava sobre essa terapêutica quanto quem deveria aprender sobre ela.

“Controlar a pressão” não era, como eu notava as pessoas comentarem, apenas uma forma de proporcionar bem-estar e evitar o temido “derrame” e suas consequências incapacitantes (BATISTA, 2014). Havia muito mais em jogo. Apresentar publicamente a “pressão controlada” era uma demonstração da aceitação de um ideal de “saúde”, “idoso”, “cidadã”, “usuária do SUS”. Era um esforço em deixar de ser uma “pobre, velha e ignorante migrante nordestina que morava na Ceilândia”. A promessa, se os passos do “controle” fossem rigorosamente seguidos, era se tornar uma “idoso sabida, saudável e responsável por sua doença crônica ali na capital federal de uma nação chamada Brasil”. Como resumiu Rose (2007), “os indivíduos devem exercitar a *prudência biológica* para seu próprio bem, para o bem de suas famílias, de sua linhagem e de sua nação como um todo” (p. 24, grifo nosso). Por isso, atentar para as imagens evocadas no centro de saúde sobre essa clientela e para os procedimentos corriqueiros de medição, consulta e prescrição me ajudava a entender como o “controle”, acima de tudo, moral se tornava uma política importante nesse contexto das ditas “hipertensas carentes”. As tecnologias de escrutínio implicavam muito mais do que a produção de números (ROSE, 2007, p. 16-17). Concentravam e

otimizavam intenções muito mais amplas. Como diriam Nations et al., que também pesquisaram doenças cardiovasculares, “controlar’ a pressão vai além de monitorar os níveis de pressão diastólica e sistólica. Quer dizer ‘controlar’ a vida das idosas!” (2011, p. S386).

Segundo Nikolas Rose, nessa virada de século, temos passado de uma “sociedade da disciplina”, centralizada, institucionalizada e panóptica, como descrito por Michel Foucault, para uma “sociedade do controle”, como retratada por Gilles Deleuze:

Nas sociedades da disciplina, era uma questão de procissão de uma instituição disciplinadora para outra – escola, barricadas, fábrica... – cada uma procurando moldar a conduta ao inscrever competências corporais e comportamentais duradoras e persistindo práticas de autoescrutínio e autolimitação sobre a alma. Sociedades de controle são sobre a modulação constante e interminável, na qual a modulação acontece dentro dos fluxos e transações entre as forças e capacidades do sujeito humano e as práticas de que ele ou ela participa. *A pessoa está sempre em contínuo treinamento, aprendizado vitalício, monitoramento persistente da saúde e interminável manejo do risco. O controle não é centralizado, mas disperso* (ROSE, 1999, p. 234, grifo nosso).

É bom lembrar, então, que os ensinamentos da “teoria da cadeira”, essa vertente de disciplinamento da subjetividade, transpassavam os consultórios do centro de saúde. Em casa e na rua, parentes e vizinhas continuavam atentas aos comportamentos das pessoas “hipertensas”, reproduzindo escrutínio e cobrança sobre o que comiam e tomavam. Em outras instituições, não necessariamente ligadas à “saúde”, como escolas, locais de trabalho, estações de metrô, assumiam “as funções de controle social preventivo” que, por tanto tempo, tinham sido exclusivas do Estado, pelas mãos de suas funcionárias públicas da saúde. Por isso era tão fácil encontrar esfigmomanômetros ou discutir sobre a pressão nesses outros lugares, ou mesmo encontrar tantas cuidadoras, às voltas com seus familiares com sequelas graves de crises pressóricas, escondendo comidas proscritas, criando rotinas muito estritas de consumo dos medicamentos, acompanhando-os ativa e regularmente às consultas e atividades esportivas.

“Controlar” significava, na prática, “lembrar”, “imprensar”, “dedar” e até “brigar”, verbos que eu vi tantas vezes serem usados. Era, a cada refeição ou a cada festa de família, “encher o saco” e “viver no pé” do outro, seja marido, esposa, filho ou vizinha adoentada. Por um

lado, por mais incômodo que fosse para a pessoa "hipertensa", essa distribuição de responsabilidades sobre os "problemas de pressão" poderia ser vista como uma expressão positiva de uma ampla distribuição do cuidado, que evitaria tornar a adoecida solitária ou sobrecarregada. Também poderia ser vista como uma crescente autonomização das instituições oficiais por parte da paciente e de seus círculos de apoio, admitindo que muito do cuidado da "pressão" já acontecia e deveria continuar acontecendo no espaço doméstico. Essa perspectiva provocaria o "modelo médico tradicional", no qual a médica é "responsável por diagnosticar a doença, decidir a respeito do tratamento adequado e garantir que este seja conduzido como prescrito" (ANDERSON, 1995, p. 412). Assumir as decisões sobre seu "problema de pressão" seria rever a médica como único personagem "ativo, poderoso, conhecedor e em controle do processo de cuidado" (p. 413) bem como rever a paciente como sujeito "passivo, receptor, obediente e dependente do conhecimento e boa vontade do médico" (p. 413). Autonomia e empoderamento, termos tão em voga no SUS atualmente, fariam frente à paternalização e miseribilização que eu notava serem distribuídas com tanta força no centro de saúde. As pessoas poderiam, assim, de fato assumir a seu modo a medição, a mediação e também a remediação de sua "pressão alta".

Por outro lado, contudo, essa "prudência biológica" (ROSE, 2007) e essa assunção decisória poderiam ter outros significados. Talvez as pessoas só estariam a cargo daquilo que as autoridades biomédicas julgassem apropriado, isto é, estariam a "conduzir suas vidas sob a sombra da autoridade biomédica se devem ser responsáveis" (ROSE, 2007, p. 75). Em relação às cuidadoras, ao observarem e delatarem suas parentes e vizinhas "rebeldes", em suas casas ou ao lhes acompanharem nos consultórios, retiravam-lhes porções de respeitabilidade. Sociabilidade em bancarrota, subjetividade em xeque. Essas cuidadoras em casa e pela vizinhança, em geral mais novas do que as adoecidas, reproduziam as mesmas táticas de invalidação e paternalismo que eu notara no centro de saúde, num processo de autorização das cuidadoras e, ao mesmo tempo, de infantilização e desautonomização das adoecidas. Estariam contribuindo, portanto, para o projeto maior de "controle da vida" dos sujeitos idosos, como lembraram Nations et al. (2011).

Além disso, talvez a ideia de "responsabilização" poderia ser até perigosa, ao considerar que as pessoas quase nunca tinham acesso a todas as informações necessárias para tomar as decisões acertadas. Por isso, Mol (2008) sugere que o ideário da "escolha" por parte das

pacientes esteja superestimado. Essa superresponsabilização poderia, por exemplo, deixar pacientes desamparadas sem encontrarem consultas imediatas nos momentos de efeitos colaterais dos medicamentos, “crises” da pressão, dúvidas sobre como agir. Esse quadro poderia se acirrar no cenário brasileiro, em que infelizmente é tão comum a “cultura da falta” nos serviços de saúde, a concentração de “conhecimento competente” na esfera das autoridades biomédicas e o ainda incipiente “ativismo de pacientes” ou a proteção dos “direitos do consumidor” da saúde. A responsabilização da adoecida poderia ser ilusória ou, numa medida mais extrema, enganosa, já que implicaria uma progressiva desresponsabilização por parte da biomedicina de Estado. Aqui, tendo a concordar com Annemarie Mol (2008), que sugere não romantizarmos as ideias de escolha, autonomia e empoderamento em relação ao cuidado com a própria saúde.

6 Considerações finais

Diante do exposto, outro modo de se relacionar com essas adoecidas parecia ser necessário. Era isso que as pessoas da Guariroba me ensinavam. Como Cyrino et al. sugerem a partir do caso da diabetes, os números – e a consequente tipologia moral entre “especiais” e “relaxados” – eram insuficientes como prática de cuidado. Mais flexibilidade nas práticas de cuidado e mais compreensão das condições específicas de cada paciente parecem ser necessárias:

Wolpert e Anderson (2001) reconhecem que, se o controle rigoroso da glicemia é tido como o principal objetivo do cuidado, isso acaba por transmitir às pacientes (de modo implícito) a ideia de que o bom controle consiste em um tipo de controle em que *flexibilidade e a possibilidade de tomar decisões* dentro do cuidado da diabetes é abandonado. Isso significa deixar que a vida seja controlada pela doença, i.e., a diabetes. Isso porque o foco do cuidado de tais pacientes e conseqüentemente o foco de suas vidas será organizado ao redor da rotina de medir os níveis glicêmicos, as doses de insulina e a quantidade de administrações [do remédio] por dia etc. Ao tentar superar tal foco, esses autores recomendaram que a orientação dada às pacientes deve incluir o reconhecimento das ferramentas disponíveis para o automanejo como formas de expandir a liberdade e a autonomia das pacientes dentro de suas vidas diárias. A mensagem implícita é de que o

bom controle sobre a diabetes pode ser alcançado sem deixar que isso domine a vida. Assim, o autocuidado e o automanejo devem ser performados de modo flexível, para que as pacientes possam adaptar o tratamento às demandas de suas rotinas diárias (CYRINO et al., 2009, p. 99, grifo nosso).

Nesse sentido, a lógica da dádiva e as legendas moralizantes não necessariamente ajudavam para ampliar a adesão à "teoria da cadeira". Estar "descontrolada", ser penalizada com mais medicamentos, ter dificuldade de consumir tamanha receita, faltar às "reuniões do grupo" para evitar ser vista com índices pressóricos altos eram todos aspectos que contribuiriam, como algumas enfermeiras percebiam, para que essa paciente ficasse "solta" e talvez ainda mais "descontrolada". Era uma cadeia de condicionalidades que, muitas vezes, criava mais risco do que proteção à saúde dessas pessoas. Investia-se nas pacientes "especiais", que já estavam convertidas ao "estilo de vida do hipertenso", ao passo que se dava menos tempo, simpatia e atenção às "relaxadas", que, nesse processo cíclico, dificilmente saíam dessa situação. No fim das contas, o "controle", ao estabelecer objetivos numéricos e exíguos, "incentivava sistemas de adesão completa que criava novas formas de risco para as pacientes, quer dizer, o risco de exclusão" (OLDANI, 2010, p. 223). Nesse sentido, "a tecnologia diagnóstica na verdade cria diferenças sociais e agrupamentos sociais" (WHYTE, 2012, p. 10). O problema dos ímpetos de classificação e organização, com base no uso da tecnologia biomédica, era como as tipologias iam criando distinções entre as pacientes e, a partir daí, os serviços iam sendo oferecidos de modo não apenas diferente, mas desigual. Whyte continua:

as abordagens de biopoder não estão geralmente preocupadas com a ação política explícita e os debates sobre justiça social. De outra forma, elas apontam para a formação muito mais sutil da subjetividade, de pressupostos de prática corporal e atenção. Conhecimento, tecnologias e controle são palavras de ordem (2009, p. 10).

Medir, registrar, classificar eram práticas que estavam sendo usadas não apenas como instrumentos de controle da patologia, mas também da paciente (ANDERSEN; WHYTE, 2014), e, como estou tentando argumentar ao longo desse capítulo, o mais grave era "a assistência não [ser] um direito, mas uma condição frente à demonstração de aprimoramento moral" (ROSE, 1999, p. 267).

A expectativa de algumas pacientes, contudo, parecia ser outra. Dentro da lógica da dádiva, ao “rivalizarem em generosidade” (CAILLÉ, 2014), o equilíbrio almejado idealmente “nem sempre é possível, como nem sempre é desejável”. Quando o “12 por 8” passava a ser um “contradom” encapsulado num contexto de “ajuda”, benevolência e hierarquia – conflitando cada vez mais com igualdade e direitos –, mais tensas se tornavam as relações dentro daquele postinho e mais claro me ficava aquele espaço como uma “zona de fronteira” (MATTINGLY et al., 2006). Caillé lembra que a dádiva é um “operador de reconhecimento” entre sujeitos que têm possibilidade de participar do círculo de trocas (2014, p. 54). Porém, “aquele que se revela incapaz de retribuir se anula como sujeito e fica sob o domínio do doador” (p. 55). Refraseando Caillé, eu diria mais: aquele que é revelado como incapaz de retribuir, porque tido como velho, analfabeto ou pobre demais, é anulado como sujeito e fica sob o domínio do doador. Mais grave ainda, nesse cenário em que pesquisei, era, mesmo havendo uma ampla maioria de pacientes com a “pressão controlada”, conforme apuramos nos consultórios, ainda assim imperar uma prática estigmatizante com repercussões penalizadoras. Esse quadro lembrava as pacientes de sua condição rebaixada e subalterna no sistema de prestígio local, mantendo-as continuamente endividadas no sistema de trocas e cada vez mais silenciadas como sujeitos geradores de “conhecimento competente” sobre os “problemas de pressão”. Diante de tantas alusões a ideias como “criança”, “incapaz”, “bronca” e “castigo”, sugiro, na linha de Anderson, que

[...] uma relação pai-filho é inapropriada para o cuidado adulto [do problema de pressão] e que seja substituído por uma *relação adulto-adulto*. Essa relação deve ser caracterizada pela compaixão, preocupação e pelo desejo genuíno por parte da profissional de saúde em ser útil à paciente (1995, p. 414, grifo nosso).

Tenho tentado mostrar como as experiências com doenças compridas, que iam se burilando ao longo de décadas, vinham pouco a pouco sendo transformadas em um “conhecimento competente” por essas pessoas. Em compasso com a literatura sobre a participação dessas pessoas como “pacientes” no século XXI (ANDERSON, 1995; CYRINO et al., 2009; TOWLE, 2016; MATTINGLY et al., 2006; NATIONS et al., 2007), essas experiências tinham grande chance de paulatinamente reverter a anulação desses sujeitos, reequilibrando as relações que precisavam manter com suas cuidadoras, sobretudo aquelas cuidadoras

oficiais encontradas no SUS. Essas pessoas não se viam como recebedoras de uma dádiva especial e escassa, pela qual muito esforço deveria ser feito. Viam-se como cidadãs dignatárias de receber serviços de qualidade em um centro de saúde e em tantas outras instituições públicas ou privadas ao redor da cidade. As pacientes não apreciavam que as consultas fossem apenas duas vezes ao ano, se tanto; nem que a consulta durasse poucos minutos, sem que fosse possível falar do “problema de pressão” de modo mais complexo e extensivo ou de outros problemas que percebiam ter claro efeito sobre a pressão (sobretudo, o nervoso); nem queriam ser obedientes à voz autoritária de uma técnica jovem e sem experiência de vida; nem queriam ter que peregrinar ao redor do Distrito Federal em busca de laboratórios e medicamentos; nem serem chamadas de “relapsas” ou “relaxadas” apesar de tantos esforços por tentar abaixar a “pressão”. A autoridade de quem vivia e cuidava diariamente da doença em casa desestabilizava, pouco a pouco, essa troca de dádivas negativas (MACHADO, 2003) que eu notei acontecer naquele centro de saúde. Por isso, essas pessoas da Guariroba percebiam uma gama de outras práticas que precisariam levar adiante para cuidar – e não somente tratar – de sua saúde e de sua pressão. Percebiam que a contribuição do centro de saúde e de suas equipes era limitada. Essa perspectiva era muito dissonante da ética cristã, na forma de “caridade”, que a equipe tentava oferecer. Diferentes formas de pensar a causalidade do “problema de pressão”, estratégias menos individualistas para cuidar da saúde, questionamentos sobre os serviços de saúde serem oferecidos como “ajuda”, expectativas do acesso aos serviços como um direito eram todos aspectos que iam desafiando, aos poucos, a forma hegemônica de colocar em prática o “controle” como principal tecnologia terapêutica da HAS.

Por fim, muitas pacientes se frustravam com os “médicos ignorantes” e perdiam a confiança em quem as destratava: “Os usuários não só demandam atendimento como esperam determinados tipos de procedimentos, entram em relações conflituosas quando não atendidos, voltam ou vão a outros hospitais e temem tomar medicamentos se não se consideram bem atendidos” (MACHADO, 2003, p. 7). Duvidavam que uma funcionária que as maltratasse pudesse lhes prescrever algo “sadio” e, ao evitar tomá-lo, era possível que a “pressão descompensasse” e tenderiam a descumprir com a contra-dádiva do “12 por 8”. A maioria sabia que precisaria procurar soluções em outros espaços, como serviços privados, segundas opiniões, Ministério Público, a mídia, terapeutas populares ou remédios caseiros. Por isso, eram realistas e mantinham

com o postinho uma relação minimalista, esperavam receber, por ano, as duas consultas e, por mês, parte dos “remédios da pressão”. Relativizavam a lógica da dádiva, contrariavam a expectativa de fidelização à biomedicina e impacientavam as equipes. De fato, iam entendendo que a “teoria da cadeira” era uma “obrigação” oferecida com ares magnânimos de “ajuda”, numa relação clássica de clientelismo, longe de constituir o que imaginavam como um pleno “serviço público” e um direito à “saúde”.

Referências

- ANDERSEN, J. H.; WHYTE, S. R. Measuring risk, managing values: health technology and subjectivity in Denmark. *Anthropology and Medicine*, v. 21, n. 3, p. 6-15, 2014.
- ANDERSON, R. M. Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*, v. 18, n. 3, p. 412-415, 1995.
- BATISTA, M. *Cabeça ruim, morrência do braço e perna esquecida*: convivendo e cuidando do derrame na Guariroba, Ceilândia/DF. 2014. Monografia (Bacharelado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- CAILLÉ, A. Dádiva, care e saúde. *Sociologias*, v. 16, n. 36, p. 42-59, 2014.
- CALVO-GONZALEZ, E. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. *Cadernos CRH*, v. 24, n. 61, p. 81-96, 2011.
- CHAUI, M. *Cultura e democracia*. São Paulo: Cortez, 1990.
- COUTINHO, P. R. R. *Uma etnografia sobre as percepções dos profissionais de saúde a respeito dos problemas de pressão na atenção básica da Guariroba (Ceilândia/DF)*. 2015. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- CYRINO, A. P. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: Unesp, 2009.
- _____; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. *Interface: comunicação, saúde e educação*, v. 13, p. 93-106, 2009.
- FAINZANG, S. Patient information between public space and anthropology: ethnography’s contribution to the debate. *Etnográfica*, v. 14, n. 1, p. 97-114, 2010.
- FLEISCHER, S. *Descontrolada: uma etnografia sobre os problemas de pressão*. Editora da UFSCar. No prelo.

FLEISCHER, S. O “grupo da pressão”: notas sobre as lógicas do “controle” de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. *Amazônica: Revista de Antropologia*, v. 5, p. 452-477, 2013.

_____; BATISTA, M. O tempo da falta e o tempo da bonança: Notas sobre experiências de cronicidade na Guariroba, Ceilândia/DF. *Anuário Antropológico*, p. 195-224, 2013.

GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 136-156.

GREENE, J. *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

HARTLAND, J. Automating blood pressure measurements: the division of labour and the transformation of method. *Social Studies of Science*, v. 26, n. 1, p. 71-94, 1996.

HUNT, L. M.; ARAR, N. H. An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 15, n. 3, p. 347-367, 2001.

JORDAN, B. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden, 1993.

MACHADO, L. Z. *Entre o inferno e o paraíso: saúde, direitos e conflitualidades*. Brasília: Departamento de Antropologia da UnB, 2004. (Antropologia 342).

MATTINGLY, C. Pocahontas goes to the clinic: popular culture as *lingua franca* in a cultural borderland. *American Anthropologist*, v. 108, n. 3, p. 494-501, 2006.

MOL, A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Londres: Routledge, 2008.

NATIONS, M. et al. Balking blood pressure “control” by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethnoepidemiological inquiry. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. s378-s389, 2011.

NATIONS, M.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

ROSE, N. *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

ROSE, N. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SARRADON-ECK, A. et al. Anthropological approach of adherence factors for antihypertensive drugs. *Health Care Policy*, v. 5, n. 4, p. e157-e175, 2010.

SHORE, C.; WRIGHT, S. *Anthropology of policy: critical perspectives on governance and policy*. Londres: Routledge, 1997.

TOWLE, A. Where's the patient's voice in health professional education?. *Interface*, v. 20, n. 57, p. 285-288, 2016.

WHYTE, S. R. Health identities and subjectivities: the ethnographic challenge. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 23, n. 1, p. 6-15, 2009.

_____. Chronicity and control: framing "noncommunicable diseases" in Africa. *Anthropology and Medicine*, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2012.

_____. Knowing hypertension and diabetes: conditions of treatability in Uganda. *Health and Place*, v. 39, p. 219-225, 2015.

WHYTE, S. R. et al. Diabetes treatment as "homework": consequences for household knowledge and health practices in rural Uganda. *Health Education and Behavior*, v. 43, n. 1S, p. 100S-111S, 2015.



Negociações do corpo: reflexões sobre o acesso ao aborto legal em uma maternidade potiguar

Maynara Costa
Rozeli Porto

1 Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar as representações dos profissionais de saúde sobre as práticas de aborto legal, verificando os “usos” e “desusos” que esses sujeitos fazem da “objeção de consciência”. A pesquisa foi realizada em uma maternidade de referência com procedimentos de abortamento legal na capital do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma investigação qualitativa, para a qual foram entrevistados profissionais de saúde que compõem o Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS) – assistentes sociais, médicos e psicólogos –, bem como os outros profissionais envolvidos no atendimento às mulheres que sofrem violência sexual.

O texto se divide em cinco partes: na primeira, discutem-se a violência sexual, o estigma do estupro e a demora no atendimento às mulheres vítimas de violência em busca de atendimento. A segunda parte discorre sobre a infraestrutura da maternidade pesquisada e a superlotação. No que diz respeito à terceira e à quarta partes, analisa-se a burocracia imposta às mulheres nesses itinerários abortivos, os processos inquisitórios e a violência institucional. Por fim, discutem-

se questões que envolvem os profissionais de saúde ao acionarem a Objeção de Consciência.

A seguir, exibiremos a maneira pela qual se deu a escolha do nosso campo de pesquisa. Apresentaremos as nossas interlocutoras, informando como se teceram as formas de contato com as colaboradoras, expondo, também, como se produziu a construção do compromisso ético entre pesquisadoras e colaboradoras. Ainda, apontaremos algumas escolhas quanto à construção do texto.

2 Costurando os retalhos do fazer antropológico

Para esta investigação, baseamo-nos em dados coletados durante a pesquisa de campo na Maternidade Santa Catarina (Natal/RN), realizada em diferentes momentos empíricos entre os anos de 2013 e 2016.¹

A pesquisa está ancorada no método qualitativo que faz uso da observação participante (MALINOWSKI, 1978),² combinada com técnicas metodológicas variadas, tais como entrevistas semiestruturadas, conversas informais e pesquisas na literatura e em dados oficiais (MOTTA, 2012; TORNQUIST, 2003, 2008; PEDRO, 2003; PORTO, 2009; DINIZ, 2008, 2011, 2014, 2015).

Como indicamos acima, a pesquisa aconteceu no Hospital Doutor José Pedro Bezerra, Maternidade Santa Catarina. Durante esse período, foram entrevistadas onze profissionais da área da saúde, dentre elas quatro enfermeiras, três médicas (ginecologistas-obstetras), uma técnica de enfermagem, duas assistentes sociais e uma psicóloga, que atuam no

¹ Os momentos empíricos foram construídos em duas etapas. A primeira se deu entre os meses de junho a outubro de 2013 e janeiro a abril de 2014, na qual realizávamos a pesquisa intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”. A segunda, entre junho a outubro de 2015 e os meses de janeiro a novembro de 2016, na qual realizávamos a pesquisa para produção da dissertação de mestrado intitulada “A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma Maternidade Potiguar”. Esses momentos contaram com a periodicidade de uma a quatro vezes ao mês.

² A observação participante descrita pelo paradigma malinowskiano (MALINOWSKI, 1978) surge como um método importante, que, particularmente nesta pesquisa, serviu como instrumento de produção e identificação da distribuição de poder dentro da instituição hospitalar.

atendimento de pacientes vítimas de violência e/ou em busca do aborto legal. Foi utilizado um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas face a face, algumas com e outras sem aparelho de áudio.

Para a descrição das nossas interlocutoras, fez-se necessária a utilização de pseudônimos para retratá-las (FONSECA, 2007). Também houve a necessidade de estabelecer um *pseudocontrato* escrito, que seria o *consentimento informado* (Termo de Consentimento Livre Esclarecido, exigência da Resolução nº 466/12 – CNS) com as interlocutoras da pesquisa, a fim de garantir que a sua identidade não seria divulgada em tempo algum, bem como que a pesquisa não conteria indícios que tornassem tal identificação possível.

A primeira relação de troca – após conseguirmos autorização do comitê de ética – foi revestida por determinados elementos simbólicos (SCHWADE, 1992) que se constituíram em vestirmos jalecos e utilizarmos crachás. Nada mais normativo em uma instituição de saúde, para a qual o avental branco se caracteriza como um verdadeiro símbolo da ciência. Por mais estranho que tenha parecido ou por mais críticas que tivéssemos a esse respeito sobre a hegemonia do que é ou não uma “ciência”,³ tal fato nos serviu como um verdadeiro aprendizado em campo. Para além da teoria, compreendemos que, para viver no espaço do outro, é preciso aceitar e respeitar suas regras. Essa foi uma das primeiras imposições que nos fizemos quando entramos em campo no ano de 2013.⁴

Antes disso, porém, tivemos que vencer as barreiras burocráticas – foram pilhas e pilhas de papéis, cartas de anuência, ofícios, cópia do projeto, mudanças de gestores institucionais, mudanças de funcionários, greves, documentos perdidos pela instituição – até que, depois de muitas idas e vindas, conseguimos autorização do comitê de ética em pesquisa.⁵

Dito isso, destaca-se que, neste cenário relativo à instituição hospitalar do estado do Rio Grande do Norte, a entrada ao campo e o

³ As áreas dos conhecimentos científicos podem ser separadas em “ciências duras” e “ciências moles”, e esses termos são sinônimos de “ciências naturais e exatas” e “ciências humanas e sociais”, respectivamente. Nessa distinção, as ciências sociais e humanas ocupam o espaço das “ciências moles”, uma vez que nossos procedimentos metodológicos, por vezes, admitem evidências anedóticas ou não são matemáticas.

⁴ A pesquisa à qual me refiro é intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”, coordenada pela Professora Doutora Rozeli Porto (DAN/PPGAS/UFRN), coautora deste texto.

⁵ Aprovado sob o CAAE nº 36085913.4.0000.5537.

acesso aos profissionais de saúde implicaram três grandes dificuldades: 1) obtenção para autorização da realização da pesquisa; 2) localização de profissionais que estão envolvidos nos procedimentos relativos a vítimas de abuso sexual e abortamento legal; 3) problemas relativos à greve dos serviços públicos de saúde. Para que a pesquisa pudesse ser realizada, houve a necessidade de acionar vários setores da instituição hospitalar (direção do hospital, da coordenação do PAVAS e do RH) e do comitê de ética da UFRN, conforme comentado.

3 Violência sexual, estigma e atendimento

É imperativo observar que, no Brasil, o número de mulheres que sofrem violações sexuais tem aumentado em escalas preocupantes. Segundo os dados do 9o Anuário Nacional de Segurança Pública (2014), acontece no país um estupro a cada 11 minutos, dados efetivos de mulheres que reportaram a violência a autoridades policiais. Em contrapartida, o mesmo anuário revela que as mulheres se sentem mais à vontade em reportar os casos de violência em instituições hospitalares, o que ocasiona um aumento dos dados para esse tipo de violência. Acredita-se, então, que a cada um minuto uma mulher seja vítima de estupro no Brasil.

Vera Lúcia Vaccari (2001) descreve a violência sexual como uma “violência de gênero”, pois contempla em sua maioria sujeitos que estão de algum modo em vulnerabilidade social. Nessa mesma perspectiva, a antropóloga Lia Zanotta Machado (1999), após ouvir agressores e vítimas de violência sexual, observou que “de um lado, o ato de estupro é posto como signo de masculinidade. É em nome da ‘fraqueza masculina’, como se fora do estado derivado da ‘natureza masculina’, que a realização do estupro é relatada pelos estupradores”. Portanto, a ideia do poder e da força saneia o estupro, sendo essas características primordiais para a existência desse tipo de violência, por gerar coerções e ameaças, tornando a mulher um ser marginal, enquanto o homem apenas exerceu uma força “natural”.

Em razão desse delito, o Estado assegura às vítimas de violência sexual atendimento de emergência em instituição hospitalar. Nessas instituições, devem ser colocados em prática os protocolos de atendimento às vítimas, sendo realizada profilaxia⁶ de acordo com

⁶ A quimioprofilaxia antirretroviral não é indicada em todos os casos de violência sexual. Deve-se pensar na especificidade de cada paciente, haja vista que em muitos casos os efeitos colaterais são maiores que os benefícios. A exemplo disso, em casos

as necessidades e especificidades da violência. Todavia, existem mulheres que, por vergonha⁷ de carregar qualquer espécie de estigma (GOFFMAN, 1980) por conta do abuso sofrido, buscam um atendimento hospitalar tardio,⁸ o que por vezes pode acarretar contágio com algumas DSTs ou mesmo uma gravidez indesejada. Conforme uma das médicas entrevistadas, “É, existe um mito muito grande com essa coisa de estupro, né? Há uma estigmatização muito grande da mulher. Ela não quer ser estigmatizada como ‘aquela mulher que foi estuprada’. Então, todo o atendimento é difícil, do começo ao fim é difícil” (Dra. Vanessa).

Faleiros e Faleiros (2006) observam que “contar para outrem” seria o primeiro e decisivo passo, que consistiria em revelar fatos acerca da violência sofrida ou que vem sofrendo. Em consonância a isso, Santos (2011) assevera que o receio em informar as circunstâncias do abuso pode estar associado ao medo da rejeição familiar, ao fato de a família não acreditar em seu relato, por medo de perder os pais ou o parceiro, de ser expulsa de casa, ou, ainda, pela falta de informação ou consciência sobre o que é o que seria uma violência sexual. Do mesmo modo, o agressor pode fazer parte do seu ambiente social ou familiar, conforme explanado por Faundes et al. (2006), o que tornaria mais dificultoso por parte das mulheres realizar a denúncia ou procurar os serviços de saúde.

Se da violência sexual resulta gravidez, esta se caracteriza como exceção de permissibilidade à regra penal, ou seja, nesse caso haveria a permissão para realizar o abortamento – que chamaremos ao longo do texto de “aborto legal” –, de acordo com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro (1940).⁹

sem a presença de ejaculação ou em casos de sexo oral é prescrito que deve haver uma avaliação individualizada (BRASIL, 2012a).

⁷ Lima (2007) fala sobre o silêncio dessas mulheres e o atribui à vergonha, ao medo, à culpa ou até mesmo à falta de credibilidade quanto ao acolhimento de sua queixa nos serviços de saúde. Há uma verdadeira dinâmica dominante que perpetua a dificuldade de comunicação.

⁸ Esse atendimento tardio seria caracterizado a partir do sexto dia após a ocorrência da violência sexual, pois propiciaria os riscos de gravidez e de DST/HIV, haja vista que, durante a quimioprofilaxia, não haveria a eficácia comprovada da AE e dos ARV. Logo eles não são prescritos.

⁹ O Código Penal (1940) indica duas possibilidades para o chamado aborto necessário (ou legal) ao longo do artigo 128. São elas: I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Existe, ainda, a possibilidade de interrupção da gravidez de feto anencéfalo, texto

Em razão disso, no Brasil existem maternidades que são referências no atendimento a vítimas de violência sexual e na realização do abortamento legal, tendo em vista que o Ministério da Saúde, em seu manual “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde” (2011) e na norma técnica “Atenção humanizada ao abortamento” (2005), informa que o aborto deverá ser realizado em maternidades públicas,¹⁰ por ser a saúde um direito de todos e para todos. Além desses manuais, a Lei no 12.845/2013 determina que as instituições hospitalares (públicas) prestem atendimento multidisciplinar às vítimas de violência sexual. Quanto às medidas descritas na lei, constam a “profilaxia da gravidez” e o “fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais”.

Logo, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os serviços de referência de atendimento à violência sexual não visam só responder às necessidades médicas, mas, sim, oferecer suporte social, acompanhamento psicológico e orientação quanto aos direitos da vítima. Deduz-se que o serviço deve contar com uma instalação física que garanta privacidade e recursos humanos qualificados, representados por uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros), sendo responsabilidade dessa equipe a aprovação ou não dos casos de interrupção da gestação, quando solicitado pelas mulheres em situação de violência, oferecer suporte psicológico e social, antes e depois da interrupção, assim como viabilizar o procedimento, cumprindo os protocolos recomendados pela norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Todavia, observa-se que existem apenas 37 serviços de aborto legal ativos no país, distribuídos em 20 unidades da Federação (5 na região Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-Oeste, 6 no Sul e 12 no Sudeste), porém ainda se percebe que em 7 estados não existe serviço ativo (1 na região Sul, 1 no Centro-Oeste, 2 no Nordeste e 3 no Norte) (DINIZ et al., 2016, p. 566). Portanto, embora a lei permita o aborto legal, as mulheres que buscam esse atendimento podem deparar com a ausência deste serviço, seja porque em alguns estados existe a ausência

adicionado pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF 54). Ressaltamos que nessa pesquisa nos dedicamos apenas a uma dessas permissibilidades: o aborto legal para vítimas de violência sexual.

¹⁰ Vale salientar que apenas a maternidade pública é qualificada para realizar o procedimento de abortamento legal. Todavia, conforme demonstram Tornquist et al. (2013), Motta (2013), Dantas Souza e Porto (2013), entre outras, mulheres de camadas sociais abastadas acabam por procurar clínicas particulares para procedimentos de aborto, legais ou não.

deste serviço, seja porque ele existe, mas ainda não há atendimento (PORTO, 2009; DINIZ, 2014; GOMES; MENEZES, 2014).

Dentre as instituições brasileiras aptas a realizar tais procedimentos encontra-se a Maternidade Santa Catarina, a qual se apresenta como o *locus* deste estudo.¹¹

4 Maternidade e superlotação

A maternidade selecionada para esta investigação está localizada na zona norte da capital potiguar, sendo a segunda maior maternidade do estado e a instituição de referência em partos de alto risco.¹² Nesse hospital, são constantes os problemas de infraestrutura e falta de recursos humanos, devido a sua constante superlotação. Em razão disso, a partir de fevereiro de 2016, o hospital passou a funcionar de maneira regulada, ou seja, passou-se a atender os pacientes em situação apenas de “urgência” e “emergência” ou com encaminhamentos de outras instituições.¹³ Tal medida foi adotada para evitar o congestionamento de pacientes que não se enquadrariam nessa classificação de risco e, com isso, desafogar os corredores hospitalares.

Contudo, entre os meses de março e maio de 2016, ainda era possível visualizar pacientes amontoados nos corredores em cadeiras de plástico, ou, para os que tinham mais sorte, em leitos precariamente improvisados.¹⁴ A maternidade conta com 88 leitos obstétricos, mas nesses dias todos estavam lotados: mulheres aguardavam o trabalho de parto em cadeiras de plástico amontoadas no corredor há mais de 16 horas; o centro cirúrgico estava ocupado com seis pacientes; havia mais duas mulheres paridas numa sala de parto com mais três crianças

¹¹ No Rio Grande do Norte, em Natal, há duas unidades equipadas para realizar atendimento às vítimas de violência sexual à procura de acolhimento e possível abortamento legal: o Hospital Doutor José Pedro Bezerra e a Maternidade Escola Januário Cicco. Nesta funciona o Programa de Atenção às Mulheres Vítimas de Agressão Sexual (PROAMA) e naquele funciona o Programa de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (PAVAS).

¹² A gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

¹³ Sobre “urgências” e “emergências” em hospitais, cf. Giglio-Jacquemot (2005).

¹⁴ No dia 29 abril, o hospital teve seu ápice de superlotação. Esta falta de estrutura física seria apontada como a maior responsável pelo aumento do risco de infecções hospitalares, segundo uma obstetra à época entrevistada.

em incubadoras recebendo atendimento como se estivessem em uma unidade neonatal, e não havia como deslocá-las para um leito. Não havia vaga em outros setores, não havia mais cadeiras. Naqueles finais de abril, a demanda, que já deveria estar reduzida em razão das novas medidas adotadas pela instituição, aparentava estar mais caótica que nunca. Uma enfermeira nos conta que:

Deus me perdoe, mas se tivesse condição de botar uma por cima da outra, isso iria acontecer. Por quê? Porque não tem como a gente mandar ninguém embora. Jamais a gente faria isso. [...] E essa sobrecarga está muito grande. A gente está adoecendo. Eu mesma estou doente, estou me sentindo doente. Pela demanda, pelo serviço, pela falta de condição. E a demanda está aberta. A classificação de risco não funciona todos os dias por falta de funcionário. Só estamos aferindo os sinais vitais e deixando o paciente entrar (Marli, enfermeira).

Essa superlotação deve-se ao fato de que, apesar de a Maternidade Santa Catarina ser um hospital de referência em alto risco, a maioria dos partos que chegam à instituição caracterizam-se como sendo de baixa complexidade:¹⁵ notadamente, os municípios circunvizinhos não se preparam para realizar o parto de suas moradoras. Dados levantados por nós junto ao arquivo do hospital revelaram que a instituição realiza mais partos de mulheres de municípios circunvizinhos que de natalenses.¹⁶ Uma ginecologista ainda assevera o seguinte:

Aqui a dificuldade não é nem só pra essas pacientes, é pras pacientes em geral. Nós temos um setor superlotado, um plantão com poucos profissionais pra atender um alto risco, e juntamente com o alto risco que nós temos que atender o dia inteiro, nós não temos um tempo disponível necessário, nem um local específico para o atendimento dessas pacientes (Vanessa, médica).

O PAVAS foi formado no ano de 2001. Nessa oportunidade, a Maternidade Santa Catarina havia sido convidada pelo Ministério

¹⁵ São considerados partos de baixa complexidade (ou baixo risco) todos aqueles que não apresentam fatores geradores de risco gestacional, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012).

¹⁶ Os números de partos em municípios da Grande Natal foram os seguintes: Ceará-mirim – 114; São Gonçalo do Amarante – 66; Macaíba – 52; ou seja, Ceará-mirim é o município que mais envia partos de baixa complexidade para o Santa Catarina. Esses dados foram colhidos durante os três primeiros meses daquele ano.

da Saúde, pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para implantar um programa que atendesse mulheres em situação de violência sexual. Já em 2008 o programa buscou sistematizar os registros de atendimentos. Avançando, em 2010, houve a implantação do protocolo de atenção à mulher em situação de violência sexual pelo programa. Por derradeiro, em 2011, a equipe do Ministério da Saúde iniciou um processo de capacitação com a equipe, com a intenção de implementar um ambulatório para acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual, atendidas na emergência.

A equipe do PAVAS é que detém o controle¹⁷ de medicamentos para profilaxia de DSTs virais e não virais e da anticoncepção de emergência, mediação de notificação compulsória, registros e atualização de protocolos. Destaca-se que a equipe multiprofissional é acionada apenas em ocasiões envolvendo o atendimento a mulheres em situação de violência sexual.¹⁸ Também cabe ao PAVAS: 1) aprovar ou não os casos de interrupção da gestação, quando solicitados pelas mulheres em situação de violência; 2) oferecer suporte psicológico e social; 3) viabilizar o procedimento, cumprindo os protocolos recomendados pela norma técnica. Consoante essas práticas de controle, Bispo e Souza (2007) afirmam que “A mulher torna-se propriedade da equipe de saúde. Todos têm controle sobre seu corpo”, conduta esta que despersonaliza e retira qualquer projeto pessoal desses sujeitos (ORTNER, 2007).

Portanto, é dentro dessa realidade de falta de infraestrutura e recursos humanos que funciona o PAVAS, o qual segue um protocolo multidisciplinar¹⁹ (profissionais da psicologia, da assistência social, da medicina e da enfermagem) e o seguimento ambulatorial.

¹⁷ Esse controle lembra o conceito de biopoder elaborado por Foucault (2002), em que o corpo funcionaria ao mesmo tempo como objeto e alvo de poder, agregando-se a ele um significado técnico-político, enquanto elemento que permite exercer constante vigilância sobre ele.

¹⁸ Cabe ainda ressaltar que todos os profissionais que compõem essa equipe são concursados, porém, durante sua admissão, não é averiguada a disponibilidade para prestarem atendimento a mulheres em situação de violência sexual e abortamento, razão a qual poderá justificar uma possível objeção de consciência.

¹⁹ Em consonância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os serviços de referência de atendimento à sexual devem oferecer suporte social, acompanhamento psicológico e orientação acerca dos direitos da vítima, ou seja, devem contar com uma instalação física que garanta privacidade e recursos humanos qualificados, representados por uma equipe multiprofissional.

5 “A gente não sabe aonde ir, daí vai a todo lugar”: burocracias e itinerários abortivos

Qualquer mulher que chega aqui é atendida. Qualquer caso, de baixo ou de alto risco, violência ou não, porque aqui é o fim de linha mesmo. Toda paciente que chega aqui é atendida. Então, a única certeza é essa (Leona, médica).

As profissionais do hospital pesquisado informaram que existe um itinerário comum entre as mulheres que sofreram uma violência sexual para a realização da profilaxia de emergência ou, em casos tardios, do aborto legal. As mulheres, após sofrerem uma violência, se direcionam primeiramente às Delegacias da Mulher (Deams) ou a Delegacias de Polícia (DPs). Nelas, relatam o ocorrido e lavram um boletim de ocorrência (BO).²⁰ Logo em seguida, são encaminhadas ao Instituto Técnico Científico de Polícia (ITEP) para a realização de um laudo pericial. Essa instituição verifica se houve ou não violência, bem como recolhe os vestígios para confecção de provas para o inquérito policial. Só após passar por essas instituições jurídicas essas mulheres se direcionam aos hospitais-maternidades para promover a cura psicofisiológica.

A paciente vai para as delegacias, depois para o ITEP e só depois pra cá. Ela é examinada no ITEP, colhe material pras provas e depois vem de lá pra cá. Elas normalmente não sabem que existe esse serviço, são avisadas geralmente nas delegacias, mas na verdade era prioridade vir pra cá primeiro [...] (Paola, médica).

Tivemos um caso agora, mês passado, que a paciente já veio de outra unidade, ela já veio rolando de uma unidade pra outra, ela já havia ido pra Januário Cicco e de lá encaminharam pra cá, porque ela não era daquela zona. A gente entende que precisa melhorar um pouco a divulgação e também o Hospital precisa

²⁰ No que concerne ao boletim de ocorrência, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento informa que “Na saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento. Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos” (BRASIL, 2015, p. 16). Dessa forma, o único documento necessário para a realização do aborto legal é o consentimento por escrito da mulher.

estar melhor estruturado, pra facilitar o atendimento delas aqui dentro (Rubi, assistente social).

Sobre os aspectos que circunscrevem esses itinerários abortivos, uma assistente social relata que tal itinerário haveria de ser o inverso: primeiramente as mulheres deveriam ser direcionadas aos hospitais-maternidades para só depois lavrarem um boletim de ocorrência, pois, assim, o acompanhamento da violência acaba não sendo tão eficaz. Muitas vezes, ao chegar às delegacias para efetuar a denúncia, a mulher não é vista como vítima, mas como causadora da sua própria agressão (MACHADO, 2010), ou seja, tornando-se duplamente vítima: do estuprador e do Judiciário.

Ela é encaminhada para o PAVAS pra fazer o acompanhamento psicológico. A gente informa que elas têm que denunciar na Delegacia da Mulher, têm que fazer o boletim de ocorrência policial também. Até pra se ter uma investigação (Solange, assistente social).

No entanto, apesar de a maternidade ser referência no serviço de abortamento, uma das profissionais do PAVAS prefere acreditar que o serviço não deveria ser divulgado porque “imagina só a situação? Somos tão poucas treinadas. Não daríamos conta”.

Esse cultivo ao segredo (PORTO, 2009) nos deixa com inúmeras dúvidas: estariam essas profissionais evitando dar publicidade ao serviço de aborto legal para as mulheres não saberem dos seus direitos e conseqüentemente não abortarem? No entanto, deve-se pensar nesse programa não só como última razão das mulheres em situação de abortamento, mas como de toda e qualquer criança, adolescente e mulher que sofreu algum tipo de abuso sexual, ou seja, é nesse serviço também que se efetiva a assistência social, psicológica e clínica que conta com a realização da profilaxia de emergência. Farias e Cavalcanti (2011) preocupam-se com o número reduzido de interrupções decorrentes de estupro existentes nos serviços de referência no país. Pode-se atribuir tal número à eficácia da contracepção de emergência; todavia, levanta-se a questão do acesso como um dos embargos, que seria muitas vezes motivada pela falta de divulgação desses serviços.

É possível, através dessa pesquisa, visualizarmos que, apesar da capacitação e das tentativas de sensibilização dos profissionais de saúde para realizarem procedimentos de atendimento às vítimas de abuso sexual, ainda existe uma barreira para acolhimentos dessa

natureza. Frequentemente, a “objeção de consciência” é acionada pelos profissionais, especialmente quando estão frente a frente com casos de aborto, como veremos adiante. Porém, não há apenas esse embargo; há também uma morosidade no serviço de abortamento, tendo em vista que a equipe responsável em realizar tal ato irá avaliar a paciente para identificar a *realidade do aborto*, tal qual já discutido por outras investigadoras (PORTO, 2008; DINIZ, 2014; SILVA, 2017). Essa avaliação começa com o exame de sangue e a ultrassonografia,²¹ seguidos de uma avaliação médica e do relato inicial de como ocorreu a violência – que estará como modelo na ficha da paciente para os demais profissionais compararem. Esta segue para avaliação da assistente social e da psicóloga, que conversarão com ela, cada qual em um momento separado. Ao final, se todos captarem a mesma história e existir *nexo de causalidade* (SILVA, 2017; DINIZ, 2014) entre o exame de sangue/ultrassonografia e a data que ocorreu a violência relatada pela paciente, esta conseguirá realizar o procedimento que a motivou a procurar o hospital. Há uma verdadeira *vigilância contra o engano* (PORTO, 2009), colhendo-se dados que comprovem que a mulher “está falando a verdade”:

Escutamos o relato dela, então, encaminhamos para ultrassonografia, pra ver se bate com o tempo da provável fecundação, né? E uma vez provada a gravidez advinda de um estupro, a usuária terá direito ao acolhimento (Paola, médica).

São recorrentes as expressões sobretudo de descrédito à palavra da mulher e de desconfiança quanto à sua responsabilidade no estupro (GALLI et al., 2005). A decisão de interrupção está marcadamente influenciada pela credibilidade conferida à história relatada pela usuária (FARIAS et al., 2012). Essa “vigilância contra o engano” para não haver violação a regra penal pode ser vista em Diniz e [...] (2014, p. 292):

Estudos de opinião mostraram que médicos ginecologistas obstetras ainda acreditam ser preciso o BO ou autorização judicial para que uma mulher tenha acesso ao aborto. Se, por um

²¹ Farias e Cavalcanti (2011) pontuam que a ultrassonografia apresenta-se como um novo desafio para os profissionais frente à interrupção da gestação decorrente de estupro, pois atribui maior visibilidade ao feto, o que pode ocasionar interferência nos valores subjetivos e interpretações do que seria uma gestação, tanto pela mulher quanto pelo profissional. Já para Faundes e Berzalatto (2004), a visualização do embrião afeta consideravelmente o profissional e a mulher quanto à escolha pelo abortamento.

lado, é possível acolher esse desconhecimento como informação insuficiente sobre o marco das políticas públicas em saúde, por outro, é também possível entendê-lo como sinal de persistência da controvérsia moral como se estabelece a verdade do estupro para o aborto legal.

Faundes e Osis (2008) criticam tal dúvida que permeia essa questão entre os profissionais de saúde, os quais exigem uma “prova” para constatação se, de fato, a gravidez resultou de uma violência. Tal preocupação ficou claramente evidenciada entre profissionais de saúde em um hospital por essas autoras avaliado, ao observarem que nesse lugar exigia-se um atendimento prévio por ocasião da violência sofrida, para a realização da interrupção.

Torres (2010) defende que a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de um crime sexual deve ser acolhida no serviço que a recebe com presunção de veracidade. Isso significa ter toda a credibilidade. O autor chama a atenção ao fato de que os objetivos dos serviços de saúde não correspondem aos da justiça criminal, já que o primeiro visa garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência médica integral e segura (TORRES et al., 2009). Para o autor, analisando a palavra da mulher e diante dos dados adquiridos no procedimento assistencial, mesmo na ausência de elementos hábeis para afastar a presunção de veracidade há de prevalecer a palavra da mulher. Por outro lado, o conhecimento da legislação permite ao profissional estar mais seguro quanto ao temor de ser penalizado.

6 “Quando ela já chega aqui, ela já vem porque sofreu violência, né?”

Se ela “tá mentindo”, na hora que ela vai preencher aquele documento assumindo, [...] conta a história pra mim, pro Serviço Social e conta uma história diferente pra psicóloga, aí vai saber que “tá mentindo”. Tivemos um caso, dois casos desses, de mentira. A gente não encaminhou pro aborto legal, porque as informações delas não batiam. Uma chegou a assinar a declaração, mas mesmo assinando a gente não confirmou. E a segunda não quis nem assinar o protocolo, assumiu [...] (Rubi, assistente social).

Dos casos que eu já atendi, tiveram umas que não voltaram, talvez fosse mentira, porque tem um termo a ser assinado, outras assinaram e levaram o procedimento adiante, fizeram o aborto legal (Jeane, psicóloga).

A vítima de violência sexual, ao chegar à emergência do hospital para ter acesso ao atendimento, deverá preencher um termo de relato circunstanciado (TRC), seja para procedimentos de profilaxia de emergência, seja para acompanhamento psicológico para realização de abortamento legal. Esse documento se assemelha, por vezes, ao termo circunstanciado de ocorrência (TCO), que é um registro de um fato tipificado como infração de menor potencial ofensivo utilizado em delegacias de polícia.

No TRC a vítima deverá informar seu nome, idade (já vem previsto no formulário que a vítima seria *brasileira* (com A), o que nos leva a crer que o atendimento de vítimas de violência sexual é realizado majoritariamente para mulheres), número do documento de identificação, data, hora, local e circunstâncias da violência e se o agressor é conhecido ou desconhecido. Informará quantos quantos homens estavam envolvidos (no formulário só há a previsão para crimes cometidos unicamente por homens), qual a raça/cor dele(s), como estava(m) trajado(s) e, por último, se alguém presenciou tal ato. Ainda nesse momento, a vítima deverá preencher e assinar o TRC. Em seguida, anexado a esse documento, deverá preencher também uma declaração de violência sexual (DVS), na qual deverá informar que foi agredida e violentada sexualmente (caso saiba o nome do agressor, deverá incluir tal dado nessa oportunidade), assim como indicar se há ou não grau de parentesco ou mesmo relacionamento social e afetivo com o agressor. Deve informar também se o indivíduo estaria alcoolizado ou drogado, bem como se ela teria feito uso dessas substâncias. Deverá, ainda, assinar ao final do documento, sendo posteriormente informada das possíveis punições caso esteja mentindo sobre os fatos descritos.

Depois de apurados os fatos da violência, a equipe multiprofissional do PAVAS irá avaliar o pedido de interrupção da gestação, o qual será fundamentado através da DVS apresentada pela usuária do serviço de saúde. A partir daí, será elaborado mais um documento: o termo de aprovação de procedimento de interrupção de gravidez resultante de estupro (TAPIGRE). Nele constarão os dados completos da paciente e o tempo da gestação, lembrando que esse documento ainda faz menção ao artigo 128, II, do Código Penal (que descriminaliza o aborto em

caso de gravidez oriunda de violência), bem como consta nele que tal “gravidez seria interrompida se e somente se estiver sem a presença de indicadores de falsas alegações de crime sexual”. Portanto, por esse motivo, pediria a aprovação da realização da interrupção da gravidez se todas as evidências encontradas no parecer técnico concluíssem que a paciente estaria relatando a verdade.

Após o deferimento do parecer técnico, a paciente deverá preencher uma nova declaração, confirmando que foi informada das possibilidades para além do aborto legal, quais sejam: manter a gestação até seu término, sendo-lhe garantidos os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para sua situação, tendo a alternativa de, após o nascimento, escolher permanecer com a criança e inseri-la na família ou proceder aos mecanismos legais de adoção.

Pela lei, até vinte semanas é possível fazer o aborto legal. A pessoa é avaliada quanto à necessidade dela de levar ou não adiante essa gravidez, se ela não quer, se ela quer e posteriormente ela possa doar essa criança, e aí teria que ficar sendo acompanhada, até mesmo porque ela pode até mudar de ideia depois e ela vai levar uma pessoa que ela também não quer (Jeane, psicóloga).

Por último, terá que anuir obrigatoriamente com as exigências estabelecidas na declaração para a realização do procedimento, como estar esclarecida de que tal procedimento gerará desconfortos e riscos possíveis à saúde. Após ser informada das possíveis sanções jurídicas, físicas e psicológicas, bem como das demais possibilidades para além do abortamento, a usuária, além da declaração, deverá assinar um “termo de consentimento livre e esclarecido da interrupção de gravidez resultante de violência sexual”, e só depois de assinar todos esses documentos irá ser levada a um leito para efetuar o aborto legal.

7 “A demora no processo faz a gente sentir até um desespero”: profissionais de saúde e objeção de consciência

Toda essa burocracia processual para a realização do abortamento nos faz recordar e até mesmo pensar que estamos descrevendo os ritos de um inquérito policial na busca pelos culpados, pelo agressor, e não pela solução da dor da vítima. O processo de “negociação” para

o abortamento aponta traços e condutas “judicializadas” quando na verdade deveria apenas prestar atendimento em saúde às vítimas de abuso sexual, com vistas a diminuir o seu sofrimento, conforme prescreve o lema do PAVAS e receita o Ministério da Saúde em suas normas técnicas (BRASIL, 2005).

No entanto, como a vítima de violência sexual não necessita do BO para receber atendimento em uma instituição hospitalar, os profissionais responsáveis por esse acolhimento encontraram uma forma de averiguar a realidade da violência. O processo de apuração dos fatos consistirá na morosidade do atendimento e na repetição da “confissão” da violência sofrida, o que se caracteriza como uma violência institucional e de gênero (HOTIMSKY, 2014). Percebe-se que a primazia pelos detalhes é um fator de grande importância para a instituição. Essa burocracia apresenta-se como efetivamente opressora, o que nos leva a crer que há uma tentativa de controle dos corpos e da reprodução das mulheres, pois, como bem nos lembra Michel Foucault (2002), “O corpo é ao mesmo tempo objeto e alvo de poder, agregando-se a ele um significado técnico-político, enquanto elemento que permite exercer constante vigilância sobre ele”. Indo mais além, é possível perceber que, na sociedade, “múltiplas representações que se configuraram sobre o corpo das mulheres estiveram, a partir da modernidade, articuladas a diversas formas de controle” (MATOS; SOIHET, 2003, p. 161).

Percebe-se que os atores sociais, em nossa sociedade, se relacionam assimetricamente, criando desigualdades ou reproduzindo estratégias de oposição e transformação, para si ou para o meio social em que estão inseridos. A agência, por sua vez, seria uma singularidade universal dos grupos humanos, em que os atores sociais estão entrelaçados a uma estrutura social (ORTNER, 2007), e essa agência sofrerá mudanças de indivíduo para indivíduo, conforme seus marcadores sociais. Desse modo, o atendimento médico de uma vítima de violência sexual poderá sofrer mudanças de acordo com seus marcadores sociais – idade, raça, grau de escolaridade, classe econômica.

É através dessa agência de poder que se encontra a possibilidade de os profissionais de saúde escusarem-se de realizar atendimentos às vítimas de abuso sexual em busca de abortamento legal. Essa escusa seria o que se conhece como “objeção de consciência” (OC), que consistiria no direito de os profissionais de saúde resguardarem seus princípios morais, religiosos, éticos ou filosóficos, os quais podem orientar como se dará o comportamento desses profissionais no serviço de saúde (DINIZ, 2014; PORTO, 2008). Diante disso, encontra-se mais

um entrave na busca pela interrupção da gestação, que seria a falta de profissionais dispostos a prestar atendimento para essas pacientes.

Nas entrevistas sobre o assunto, surgiram alguns depoimentos relacionados à objeção de consciência:

Pesquisadoras: Você já foi chamada para atender um caso de aborto legal? Vanessa/Médica: Isso me deixa assim transtornada, me deixa revoltada.

Pesquisadoras: Como assim? O aborto ou a violência?

Vanessa/Médica: O aborto. Eu disse logo: “Não me chame pra participar de um negócio desse, é muito ruim”.

Pesquisadoras: Você já foi chamada para atender um caso de aborto legal? Leona/Médica: Então, eu já fui chamada, sim, mas não gosto, não. “Estou salvando a vida de ninguém”, e esse é o meu princípio, eu fico aqui pra salvar vidas e eu prefiro não iniciar com o misoprostol. Mas, se não tiver ninguém...

Pesquisadoras: Se não tiver, você realiza o abortamento?

Leona/Médica: Até faço, porque tá na lei.

Em vista dessas falas, é possível observar a existência do conflito “fazer nascer *versus* fazer morrer”, recorrente na literatura sobre o tema (DINIZ, 2014; MOTTA, 2013). Os profissionais ratificam que sua formação é exclusivamente para “salvar vidas” (FARIAS et al., 2012), então fugir dessa dinâmica seria ir de encontro aos seus preceitos morais, éticos e principalmente religiosos, e por esses motivos utilizam-se da OC para não realizar o abortamento. Como bem destacam Edlaine de Campos Gomes e Rachel Aisengart Menezes (2014), “O discurso sobre o valor da vida é o principal argumento contrário à realização do procedimento do abortamento – mesmo em casos autorizados por lei”, ainda que saiba que tal procedimento é para, de certa maneira, salvar a vida daquela mulher. No entanto, observa-se nas falas dessas profissionais que há também uma frequente vigilância contra o engano, que muitas vezes pode se dar por desconhecimento das normas técnicas ou mesmo penais. Corroborando isso, uma das ginecologistas de plantão nos fala:

Eu prefiro não induzir o abortamento. Eu sei que foi uma atrocidade na vida da mulher. Infelizmente, umas falam a verdade. Outras, não. E não me cabe saber quem fala a verdade

ou não, não sou juiz nem pra julgar se ela “tá falando a verdade”, e nem sou juiz pra julgar se aquela criança tem que viver ou não. Eu não, eu prefiro não fazer a indução do abortamento, por questões religiosas, mas como nós somos uma equipe, então não tem ficado nenhuma paciente sem ter feito, não (Vanessa, médica).

Mesmo sabendo dos prováveis danos físicos e psíquicos causados às pacientes, ainda existem profissionais que se recusam a realizar de todo modo o procedimento. No entanto, há outros médicos que afirmam que só se utilizam da OC por não se sentirem capacitados para realizarem tal ato:

Quando eu cheguei aqui que vi que tinha o PAVAS, eu não sabia o que significava, e alguém me disse que era uma “enfermaria”, que era para isso, atendimentos de violência. Eu acho que precisava ter uma capacitação, não é pra ensinar o médico a atender, é pra dizer a rotina, o protocolo que se tem. Entendeu? Por exemplo: se acontecer de chegar uma paciente hoje, eu vou começar a perguntar à enfermeira, ao colega que tá no plantão qual é a medicação, quem é que vai administrar, se tem alguma, porque na verdade eu não sei de nada (Leona, médica).

Assim, a falta de conhecimento sobre como proceder também afasta alguns profissionais de se “aliarem” ao PAVAS, até por não saberem de fato o que o programa realiza. Como afirma uma assistente social,

Alguns profissionais não se envolvem muito no caso, no caso do aborto, você sabe que há um problema sério, existem médicos que não querem participar, tá entendendo? Mas, aí o outro vai convencendo que ele tem que participar, há assim uma certa rejeição ainda de todos os profissionais – aliás, de todos não; de alguns (Rubi, assistente social).

Há de se perceber, então, que dentro da instituição existe uma verdadeira peregrinação para encontrar profissionais que realizem o abortamento. No entanto, o PAVAS conta com o apoio de uma médica, a qual se disponibiliza semanalmente a prestar atendimento às vítimas de violência sexual, o que é uma via de mão dupla, pois, ao passo que existe uma médica que se disponibiliza a realizar tais procedimentos, outros profissionais se escusam, conforme nos relata um ginecologista de plantão:

Eu não faço abortamento porque aqui na maternidade, para esses casos de violência, tem uma médica responsável, que vem atendê-los uma vez por semana. Normalmente só ela toca nessas pacientes. A gente, no máximo, faz o atendimento de plantão e manda para o PAVAS [...] (Vanessa, médica).

Faundes (2007) chama atenção para as dificuldades de se cuidar de mulheres que sofreram agressão sexual, haja vista ser um ato que depende da vontade do profissional. Conviver com pessoas que sofreram violência também pode mobilizar sentimentos passados pelos próprios profissionais. Por entender isso, o autor assevera que esses profissionais deveriam ser criteriosamente selecionados e, para além disso, deveriam também ser capacitados, pois não é surpresa encontrar profissionais que se dizem violentados ao serem forçados a realizar o aborto legal.

Os médicos também precisariam ter um acolhimento psicológico pra enfrentar esse atendimento, porque eu me sinto violentada de participar de um aborto. Ter que iniciar, colocar medicação, quer dizer, praticar... Eu não me sinto bem, não (Leona, médica).

E, por se sentirem violentados em fazer atos contra seus desejos, referem-se à necessidade de acompanhamento psicológico após a interrupção da gravidez, como se vê no depoimento a seguir:

É desagradável, quando chega um atendimento desse a gente não gosta muito de fazer, a gente prefere que outra pessoa vá fazer. A gente como ginecologista já escuta muita coisa ruim. Então, essa parte de abuso sexual é terrível (Leona, médica).

A violência se reflete no ouvir, e os profissionais por vezes recusam-se a realizar o abortamento legal por não conseguirem escutar os relatos da violência, pois afirmam que não existem mecanismos para capacitá-los ou mesmo acompanhá-los após conviver tão de perto com esses fatos. Recusar-se a realizar o abortamento muitas vezes se deve ao fato de não querer manipular o fruto da violência. Os profissionais sabem que a violência existe, sobretudo sexual, mas conviver com uma vítima face a face traz medo e repulsa e, como proteção – dentre outros fatores comentados –, esses profissionais acionam a objeção de consciência.

8 Considerações finais

Observa-se que não apenas a questão do aborto legal está em jogo, mas existem profissionais que não atendem vítimas de abuso sexual por se sentirem numa situação de impotência em relação à violência e até por se sentirem, também, constrangidos diante dos fatos narrados, o que poderá acarretar graves desconfortos psíquicos.

Sobre os aspectos que circunscrevem o itinerário abortivo, as profissionais do PAVAS acreditam que este haveria de ser o inverso, primeiramente direcionando-se a vítima aos hospitais-maternidades para só depois lavrarem um boletim de ocorrência, pois assim o acompanhamento da violência acaba não sendo tão eficaz, haja vista que muitas vezes, ao chegar às delegacias para efetuar a denúncia, a mulher não é vista como vítima, mas como causadora da sua própria agressão (MACHADO, 2010), ou seja, tornando-se duplamente vítima: primeiro do estuprador, depois do Judiciário. No entanto, apesar de a maternidade ser referência no serviço de abortamento, uma das profissionais do PAVAS prefere acreditar que o serviço não deve ser divulgado, porque “imagina só a situação? Somos tão poucas treinadas. Não daríamos conta.

Dessa maneira, é possível, através desta pesquisa, visualizar que, apesar da capacitação e das tentativas de sensibilização dos profissionais de saúde para realizar procedimentos de atendimento às vítimas de abuso sexual, ainda existe uma barreira para atendimentos dessa natureza, sendo frequente o uso da “objeção de consciência” por profissionais da saúde quando estão frente a frente com casos de aborto. Porém, não há apenas esse embargo: há também uma morosidade no serviço de abortamento, tendo em vista que a equipe responsável em realizar tal ato irá avaliar a paciente para identificar a *realidade do aborto*. Essa avaliação começa com o exame de sangue e ultrassonografia, seguidos de uma avaliação médica e do relato inicial de como ocorreu a violência – que estará como modelo na ficha da paciente para os demais profissionais compararem – e segue para as ouvidas com a assistente social e a psicóloga, cada qual em um momento separado. Ao final, se todos captarem a mesma história e existir *nexo de causalidade* entre o exame de sangue/ultrassonografia e a data que ocorreu a violência relatada pela paciente, esta conseguirá realizar o procedimento que a motivou a procurar o hospital.

Diante disso, vimos que são muitos os argumentos elencados para o uso da objeção de consciência, mas o que se encontra no seio

desse conflito entre norma e subjetividade dos agentes envolvidos é que as mulheres, vítimas de violência sexual, ainda têm seu atendimento precário em razão da falta de profissionais ou mesmo de uma profunda investigação sobre os fatos da violência ocorrida. O que era para ser a consumação de um direito acaba as violentando mais uma vez, com pilhas de papéis diante de uma burocracia opressiva. Confirma-se, então, através das narrativas, que são notórias as dificuldades de se manter um programa de assistência às vítimas de violência sexual, haja vista a existência de inúmeros vieses que rodeiam tal iniciativa: preconceito, moral, religião, recursos, hipocrisia.

Referências

BISPO, C. D. B.; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. *Revista Baiana Enfermagem*, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19-30, jan./abr. 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 23911, 31 dez. 1940, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: normas técnicas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 124 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 301 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o tratamento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 1, 2 ago. 2013, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 1, 2 ago. 2013, Seção 1.

_____. 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 10, 2016.

BUFFON, R. Encontrando uma tribo masculina de camadas médias: a subjetividade na construção do objeto de pesquisa. In: GROSSI, M. P. (Org.). *Trabalho de campo e subjetividade*. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1992.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. *Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto*. Montevideo: CLAP, 1973.

DANTAS, C. H. S.; PORTO, R. M.; CARVALHO, D. R. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: urgências e emergências em uma maternidade escola em Natal/RN. *Bagoas: estudos gays: gêneros e sexualidades*, Natal, v. 7, p. 41-64, 2013.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 981-985, out. 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MEDEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017.

FALEIROS, E. T. S. *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília: Theasaurus, 2000. 66 p.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. T. S. (Coord.). *Circuito e curtos circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Veras, 2006. 126 p.

FALEIROS, V. P. A Violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. *Ser Social*, Brasília, n. 2, p. 37-56, 1998.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, jul. 2012.

FAUNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência das mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, ANPEd, n. 10, p. 58-78, jan./abr. 1999.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: UFRGS, 2010. p. 205-227.

FONSECA, C. Situando os Comitês de Ética em Pesquisa: o sistema CEP (Brasil) em perspectiva. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 21, n. 44, p. 333-349, dez. 2015.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

GALLI, B.; DREZETT, J.; CAVAGNA NETO, M. Aborto e objeção de consciência. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 32-35, abr./jun. 2012.

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

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GROSSI, M. P. Na busca do outro encontra-se a si mesmo. In: GROSSI, M. P. (Org.). *Trabalho de campo e subjetividade*. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1992.

HOTIMSKY, S. O impacto da criminalização do aborto na formação médica em obstetrícia. In: MINELLA, L. S.; ASSIS, G. de O.; FUNCK, S. B. (Org.). *Políticas e fronteiras*. Tubarão: Copiart, 2014.

MACHADO, L. Z. *Feminismo em movimento*. 2. ed. São Paulo: Francis, 2010.

MACHADO, L. Z.; MAGALHÃES, M. T. B. Violência conjugal: os espelhos e as marcas. In: SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L. (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15/UnB; 1999. p. 173-237.

ORTNER, S. Poder e projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M.; ECKERT, C.; FRY, P. (Org.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 45-80.

PEDRO, J. (Org.). *Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

PORTO, R. M. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 661-666, maio/ago. 2008.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade. *Lutas Sociais*, São Paulo, v. 2, p. 59-79, 1997.

SILVA, M. C. O. *A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar*. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SCHWADE, E. Poder do “sujeito”, poder do “objeto”: relato de uma experiência de pesquisa em um assentamento de trabalhadores rurais. In:

GROSSI, M. P. (Org.). *Trabalho de campo e subjetividade*. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1992.

TORRES, A. S.; NICODEMOS, C.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, B. R. Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: ASSIS, G. et al. (Org.). *Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos de direitos da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aurora, 2009.



Os muros do Estado: dos limites da política reparatória aos atingidos pela hanseníase

Gláucia Maricato

1 Introdução

Há dez anos uma nova legislação entrava em vigor no Brasil. Vindos de várias regiões do país em caravanas, ativistas do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) comemoraram em Brasília a emocionante aprovação de uma medida provisória pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva em 24 de maio de 2007. A nova normativa, que em poucos meses se tornaria lei, concedia o direito a uma “pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais colônia, até 31 de dezembro de 1986” (BRASIL, 2007). Tal normativa transformou o Brasil no segundo país do mundo a reconhecer o direito de reparação estatal aos ex-internos de colônias hospitalares para hanseníase, seis anos após o Japão, que o havia conferido em 2001 (MENDONÇA, 2009). A nova legislação marcava uma posição política, reconhecendo as medidas de isolamento do século XX como um crime de Estado.

Desde 2012 tenho me dedicado ao passado e presente da hanseníase enquanto objeto de intervenções político-científicas no contexto brasileiro. Durante esses anos, realizei trabalho de campo em oito ex-colônias hospitalares de diferentes estados brasileiros (Rio

Grande do Sul, Acre, Pará, São Paulo, Maranhão e Rio de Janeiro), onde estive em contato com familiares e ex-internos, a maioria senhores e senhoras acima dos 60 anos que viviam ao redor ou no interior do espaço das ex-colônias, instituições que tinham se transformado em unidades de saúde básica e/ou centros de referência em atendimento ambulatorial em hanseníase. Essas incursões também me colocaram em contato com os ativistas dos núcleos estaduais do Morhan, com médicos, funcionários públicos, políticos, uma equipe de geneticistas, entre outros atores que se entrelaçavam a esse contexto.

O presente capítulo está baseado principalmente no trabalho de campo que realizei entre 2013 e 2014, quando direcionei meu interesse de pesquisa para o trabalho da equipe responsável pelo recebimento e análise dos pedidos de reparação referentes à Lei nº 11.520 de 2007: a Comissão Interministerial de Avaliação (CIA) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em Brasília (SDH/PR) (MARICATO, 2015). Inspirada em pesquisadoras que abordam o inerente enredamento entre Estado, direito e sociedade, tais como Marilyn Strathern (1992) e Fonseca (2012, 2016), busco refletir neste capítulo sobre as negociações em torno da determinação das pessoas atingidas pela hanseníase e compulsoriamente internadas, enquanto sujeitos de direito à reparação estatal.

O objetivo inicial aqui é apontar para divergências entre o enquadramento, ou congelamento, de um modelo específico de segregação pela política reparatória iniciada em 2007 e as múltiplas experiências de sujeitos que não se enquadram naquele modelo, mas que se reconhecem e são reconhecidos pelas suas comunidades como atingidos pela hanseníase e ex-isolados. Tal questão se torna interessante na medida em que aponta para a forma como perspectivas do tempo presente acerca do passado entravam em jogo ao longo das negociações e dos tensionamentos no processo de análise e concessão dos pedidos de reparação. O objetivo principal deste texto é chamar a atenção para a forma como, ao ordenar os sujeitos daquele direito, as políticas reparatórias também performatizavam a história do Estado a partir de noções de ordenamento, delimitação e padronização. Para dar conta dessa proposta, primeiramente irei realizar uma breve digressão acerca da promoção e do desmantelamento das políticas de segregação do século XX, irei apresentar o trabalho e os desafios da comissão responsável pela análise dos pedidos da política reparatória e, em seguida, apresentar brevemente a trajetória de dois sujeitos que solicitaram a reparação em

paralelo às disputas e negociações que entraram em cena ao longo do processo de análise e concessão de seus pedidos em Brasília.

2 Institucionalização, desinstitucionalização e pleitos políticos

Desde finais do século XIX e mais intensamente a partir das primeiras décadas do século XX, a comunidade científica internacional tornaria a segregação e o isolamento dos doentes o modelo ideal de um suposto controle estatal do contágio da doença (GUSSOW, 1989; OBREGÓN-TORRES, 2012; BECHLER, 2011; MACIEL, 2007). Em sincronia com o cenário internacional, no início do século XX o Brasil colocaria em marcha o chamado Plano de Construções dos Leprosários. Essa política de segregação brasileira estava baseada num modelo-tripé, contando com a organização dos 1) leprosários (destinados a isolar os doentes), 2) dispensários (para onde eram encaminhados os chamados comunicantes, familiares e contatos próximos dos isolados que deveriam passar por exames médicos) e 3) preventórios ou educandários (para onde eram enviados os filhos dos internos, tanto aqueles que ainda eram crianças no momento da internação dos pais quanto aqueles que nasciam no interior das colônias). Pouco a pouco, os *leprosários* – atualmente conhecidos como ex-colônias hospitalares – iriam se espalhar por todo o país, chegando a 40 instituições nos anos 1950 (CURI, 2010).

O desmanche da política segregatória aconteceria paulatinamente a partir da metade do século XX. Durante o VII Congresso Internacional de Leprologia, ocorrido em Tóquio em 1958, as medidas de isolamento foram condenadas pela primeira vez na história daquele importante evento que vinha ocorrendo desde finais do século XIX (PANDYA, 2003). Considerada atualmente entre historiadores como um marco para as políticas de segregação, aquela recomendação pelo desmantelamento dos antigos leprosários e suas políticas de isolamento vinha embalada por uma multiplicidade de fatores, tais como o advento de novas tecnologias de pesquisa, novas possibilidades terapêuticas experimentadas desde finais da década de 1940, o alto custo da manutenção das colônias, a pressão internacional, entre outros.

No cenário brasileiro, as medidas de desinstitucionalização começariam a surgir a partir do final da década de 1960, tomando corpo apenas nos anos 1970. Novas normativas nacionais entraram em vigor, sendo reconhecida atualmente como a primeira delas o

Decreto nº 968, de 1962, que atribuiu pela primeira vez o chamado “direito de movimentação” aos casos contagiantes da doença (BRASIL, 1962); até então, qualquer tipo de alta temporária estaria limitada àqueles casos considerados não contagiantes. Entretanto, foi apenas em 1976 que, através da Portaria nº 165 do Ministério da Saúde, as políticas de isolamento foram legalmente suspensas no Brasil, dando lugar ao sistema ambulatorial de tratamento para todos os tipos clínicos da doença. Cabe notar que estou tratando aqui especificamente de marcos temporais que dizem respeito às normativas legais. Ao deixarmos de lado as legislações e passarmos aos relatos daqueles que viveram tais transformações, não é difícil notar como, na prática, a passagem do regime de isolamento para o ambulatorial aconteceu de forma progressiva, seletiva e diversificada por todo o país. A própria política reparatória de 2007 é um indicativo disso, dado que concedeu o direito à reparação àqueles que foram internados até 1986; ou seja, reconheceu que, na prática, o isolamento teria ocorrido até mesmo uma década depois da portaria de 1976 que extinguiu as políticas segregacionistas.

O processo de desinstitucionalização aparece nos relatos de ex-internos como um período de tensões. Com exceção de algumas políticas estaduais que concediam auxílio transporte ou invalidez, a transição do sistema de isolamento para o sistema ambulatorial não teria sido acompanhada por políticas federais sistemáticas de amparo àqueles que eram então coagidos a começar uma vida inteiramente nova do lado de fora daquelas instituições. Tratava-se de deslocar os pacientes que estavam nessas instituições há anos ou décadas para fora das colônias – e, em certo sentido, também para fora de qualquer responsabilização desse mesmo Estado por essa transição. Conforme ficaria evidente a partir das minhas incursões a campo, muitos pacientes migrariam para os arredores das colônias, engajados em redes de ajuda mútua e, em alguns casos, contando com o apoio de comunidades religiosas ou algum auxílio por parte da administração da colônia, seja através da distribuição de cestas básicas ou da concessão de lotes de terras em seus arredores (de forma seletiva, informal e irregular).

Foi ainda em meio ao contexto de desinstitucionalização que, na década de 1980, o Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (Morhan) iria se estabelecer. As primeiras reuniões do grupo aconteceram na ex-colônia de Aymores, na cidade de Bauru, no interior do estado de São Paulo – instituição que abrigava um dos principais centros de pesquisa e reabilitação em hanseníase do país. Foi também nesse momento, meados dos anos 1980, que a Organização

Mundial da Saúde (OMS) anunciou uma nova e celebrada terapêutica: o tratamento por poliquimioterapia (PQT). Esse novo regime terapêutico, introduzido no Brasil apenas no início dos anos 1990, inaugurou um novo momento para as políticas nacionais fundamentado no *slogan* “a hanseníase tem cura”.¹ Aos poucos, os membros do movimento, atuantes em redes mais amplas de engajamento político no contexto das novas terapêuticas e da reabertura democrática, ampliariam suas alianças por todo o país. O Morhan passaria de um pequeno grupo de colegas organizados em uma ex-colônia e centro de referência em atendimento à hanseníase em Bauru para um movimento de âmbito nacional, organizado em diferentes unidades estaduais, contando com uma diversidade de bandeiras em prol da saúde e dos direitos das pessoas atingidas pela hanseníase. Trinta anos após sua formação e num contexto inteiramente diferente, o movimento foi o principal responsável pela publicização das políticas de isolamento como um flagelo coletivo, contribuindo diretamente para o deslocamento do sentido desse capítulo da história brasileira do lugar de política de saúde para um crime de Estado (FONSECA; MARICATO, 2013). Sua grande vitória viria em 2007, com a aprovação da medida reparatória, chamada por muitos dos meus interlocutores como a “Lei do Lula”.

Ainda que não seja tema deste capítulo, vale também ressaltar que, com a aprovação da medida reparatória, o Morhan passaria a fortalecer um novo pleito: estender o direito à reparação estatal também à segunda geração de atingidos pela hanseníase, os chamados “filhos separados”. Agregando ativistas, voluntários, um grupo de geneticistas, a grande mídia, atores de alcance nacional e pesquisadores universitários, esse pleito ganharia força no cenário político. Sempre buscando novas alianças, em 2011 o Morhan assinaria um acordo de cooperação com o Instituto Nacional de Genética Médica Populacional (INaGeMP). Tal aliança, inspirada na empreitada das Abuelas de Plaza de Mayo da Argentina (PENCHASZADEH; SCHÜLER-FACCINI, 2014), buscava criar provas do vínculo de parentesco entre pais e filhos que tinham sido separados durante as políticas segregatórias. Vale notar, no entanto, que, diferentemente do caso argentino, os testes levados a cabo entre os filhos separados foram realizados de forma voluntária, e diversos daqueles sujeitos não tinham perdido o vínculo entre si. Parte dos filhos que foram separados mantiveram contato com aquele pai ou aquela mãe que tinha sido isolado(a), porém a maioria deles tinha sido registrada como

¹ Para uma reflexão acerca das políticas da cura, cf. Cruz (2016) e Maricato (no prelo).

filhos biológicos pelos pais de criação (vizinhos, amigos e familiares que tomaram conta das crianças); tratava-se da chamada *adoção à brasileira* (FONSECA et al., 2015). Em outras palavras, parte daqueles sujeitos que solicitavam os testes de DNA estava em busca mais da produção de um documento de filiação que pudesse servir de prova da separação no futuro do que de uma confirmação do laço de parentesco. Ainda que em meados de 2013 o governo tenha anunciado que se tratava de uma questão de tempo para a implementação da medida, em dezembro de 2017, em meio a um cenário político totalmente diferente e visto com desesperança, os ativistas do Morhan seguiam pressionando e protocolaram na Justiça Federal uma ação civil pública em nome dos filhos separados, exigindo a reparação.

3 No interior da comissão e pelo interior do país

A despeito daquilo que se imaginava inicialmente em Brasília, dez anos depois da instituição da política reparatória à primeira geração de atingidos pela hanseníase, novos pedidos ainda eram enviados de todo o país para a capital em meados de 2017. Conforme me foi relatado à época da minha pesquisa de campo junto à comissão em Brasília, poucos meses após a sua implementação no final de 2007, a pequena equipe designada para receber os processos teve uma enorme surpresa. Antes da aprovação da instituição da medida reparatória, era estimado que existiriam “cerca de três mil pessoas remanescentes do período em que se preconizava o isolamento sanitário compulsório para as pessoas com hanseníase” (Projeto de Lei nº 206, 2006). No entanto, em meados de 2008, pouco mais de seis meses depois da implantação da comissão, a equipe já havia recebido mais de nove mil pedidos de pensão e, até dezembro de 2010, o número estava em torno de 11.200 requerimentos. Quando do meu último campo em Brasília, em agosto de 2014, a quantidade de processos recebidos vinha caindo, mas naquela altura a comissão já havia levado à votação 12.424 pedidos de reparação, dos quais 8.821 tinham sido deferidos e 3.603, indeferidos. Segundo uma das relatoras da comissão, uma interlocutora com a qual mantive contato, em meados de 2017 as reuniões de deliberação dos processos que antes aconteciam semanalmente (e durante os primeiros anos, até duas vezes por semana) estavam então ocorrendo de forma trimestral. Não há dados divulgados sobre o número de processos que foram deferidos, indeferidos ou que

estavam em análise até meados de 2017, mas a questão é que novos requerimentos ainda eram enviados de todo o país.

Em fevereiro de 2014, a comissão era composta de pouco mais de dez funcionários e cinco relatores. Desses últimos, dois eram os chamados relatores fixos, aqueles que se dedicavam exclusivamente à comissão com uma sala própria ao lado da sala principal da comissão. Os demais eram residentes em outros estados e viajavam para Brasília na ocasião das reuniões deliberativas e extraordinárias. Os relatores tinham trajetórias profissionais distintas, desde aqueles formados em administração e direito até historiadores e médicos que tinham em seus currículos experiências profissionais relacionadas às políticas de segregação – seja enquanto médico em uma das ex-colônias no Brasil, seja enquanto historiador daquela política nacional –, nomes bastante conhecidos entre pesquisadores e ativistas envolvidos naquele contexto mais amplo.

Cada relator tinha como responsabilidade a análise dos requerimentos de reparação e a produção de um relatório final que deveria apresentar seu parecer favorável ou contrário à aprovação do pedido. Durante as reuniões deliberativas, cada relator fazia a leitura de seus pareceres acerca daqueles processos pelos quais tinha ficado responsáveis. Nessas ocasiões eles iniciavam suas falas com o chamado “relatório de documentos”, em que descreviam os documentos apresentados pelo requerente e anexados ao processo, bem como apontavam dados considerados relevantes, tais como o local, a forma e a data em que o requerente teria sido isolado. Em seguida, o relator explicitava as razões pelas quais seu voto era favorável ou não ao deferimento e o pedido entrava em regime de votação. Com base naquilo que tinha sido apresentado – tanto os documentos quanto as razões enumeradas pelo relator para a aprovação ou não do pedido –, os demais relatores declaravam seu voto seguindo ou não o voto do relator. A maioria dos processos que acompanhei eram deferidos ou indeferidos com base na apresentação ou ausência de documentos – as chamadas “provas documentais”, que tinham um peso central. No entanto, nem sempre a votação transcorria dessa maneira fluida: relato, voto do relator e demais votos chegando a um resultado favorável ou não ao requerente. Alguns processos embarcavam em longas discussões até o seu deferimento, indeferimento ou retorno para uma segunda avaliação e/ou busca de novos documentos. Participavam também das reuniões deliberativas a coordenadora-geral da comissão, responsável pela organização dos debates (definindo, por exemplo, a ordem dos relatores a apresentar seus pareceres, o tempo da discussão ou o momento de encerramento

do debate e de abertura da votação), bem como um ativista do Morhan, na figura de observador (apontando datas e quaisquer dados relevantes para a decisão, sublinhando especificidades locais de ex-colônias etc.).

Para a abertura de um pedido de reparação, era solicitado aos requerentes um conjunto de quatro documentos: 1) a folha de requerimento de pensão (disponibilizada no *site* da SDH/PR e do Morhan); 2) cópias autenticadas de documentos de identificação; 3) cópia de comprovante de endereço e 4) provas do diagnóstico da hanseníase e internação compulsória. A chamada “ficha epidemiológica e clínica” (FEC) estava entre os documentos mais solicitados nos processos. Requerida como prova documental, ela era utilizada como fonte de informação sobre a data de entrada do requerente na colônia, a forma clínica da hanseníase com que tinha sido diagnosticado, as razões e formas de internação, o tratamento médico recebido, entre outras informações tidas como relevantes. Tudo pareceria muito bem organizado e planejado se não fosse o fato de que, na prática, ao menos duas questões não se adaptavam àquele modelo de análise e concessão do benefício: 1) muitos sujeitos enfrentavam verdadeiras odisséias em torno dos arquivos empoeirados de ex-colônias em busca dos documentos solicitados; 2) muitos sujeitos enfrentavam a frustração contínua de não conseguir equiparar sua experiência de isolamento com aquilo que era esperado em Brasília. Acerca do primeiro aspecto, pouco mais de um ano depois do início dos trabalhos da comissão, a equipe se daria conta de que muitas ex-colônias não tinham preservado arquivos ou bancos de dados – seja devido a mudanças de prédio décadas antes, que acarretaram o extravio dos arquivos, seja devido a incêndios ou simplesmente porque talvez jamais tenha sido colocado em prática um sistema de registro padronizado e sistemático. A fim de lidar com esse cenário, aos poucos, depoimentos em forma de cartas e mesmo vídeos, fotos e outras formas de documentos passariam a ser aceitas pela comissão. No que diz respeito à segunda questão, e tal como irei aprofundar adiante, muitos sujeitos que se consideravam e eram considerados em suas comunidades como ex-isolados jamais tinham pisado no interior de um leprosário.

As políticas de segregação do século passado foram marcadas por inúmeros casos de ex-internos que tinham sido forçados a deixar suas casas por autoridades estatais, muitas vezes através da chamada “polícia sanitária”, e sido levados aos antigos leprosários da noite para o dia, onde permaneceram internados, com o mínimo de contato com o mundo extramuros durante anos, às vezes décadas, às vezes a vida toda.

Todavia, como é de se esperar de uma política nacional desse porte e que perdurou por décadas, tal cenário draconiano – da captura forçada e do isolamento atrás dos muros – descreve a experiência de muitos sujeitos, mas não serve para descrever a trajetória de muitos outros. No âmbito das leis e normas nacionais que estipularam o isolamento, podemos dizer que a determinação era clara e inequívoca: todo sujeito diagnosticado com hanseníase deveria ser isolado nos antigos leprosários, e seus filhos, caso houvesse, deveriam ser enviados aos preventórios (espécie de orfanatos). Todavia, quando estamos tratando da experiência dos sujeitos, aquilo que determinaram as legislações não serve como descrição do passado.

Quando comecei a acompanhar o trabalho da comissão em Brasília, minha percepção sobre a experiência de segregação dos sujeitos estava marcada por uma incursão a campo anterior, em que havia passado 15 dias em duas ex-colônias do estado do Acre. Essa experiência havia me colocado em contato com diversos sujeitos que narravam suas trajetórias de isolamento *fora* dos muros dos leprosários. Muitos dos meus interlocutores tinham vivido os chamados “isolamentos domiciliares” – casos em que os sujeitos diagnosticados com a doença passavam a viver isolados dentro de uma casa separada de qualquer contato, ou então eram isolados em cômodos separados dentro da casa onde viviam com seus familiares (medida acompanhada também pela separação de talheres, roupa de cama e qualquer outro objeto que deveria ficar restrito ao seu uso exclusivo). De outra forma, também deparei com diversos sujeitos que narravam a segregação dentro de outras instituições que não eram os leprosários e, principalmente, no interior dos seringais onde trabalhavam – uma característica que, conforme tomaria conhecimento nos anos seguintes, marcou algumas regiões do país, tais como o Acre e o Amazonas.

Essa experiência apontava para o fato de que a política nacional de isolamento compulsória das pessoas atingidas pela hanseníase do século passado está marcada por diferenças regionais, experiências particulares e uma multiplicidade de fatores que em nada equivaliam com aquilo que era definido pelas legislações, mas que eram por elas também mediados. A questão aqui é sublinhar a diferença entre leis e práticas – tal como há muito nos impele a antropologia. Bastaria chamar a atenção para todo o conjunto de elementos necessários para colocar a política de isolamento em ação – tais como a verba para erguer os muros dos leprosários, a contratação de trabalhadores dispostos a administrar e manter o leprosário, criar uma rede de vigilância, uma rede de

distribuição de produtos necessários para gerir aquelas instituições que eram pequenas cidades, entre tantos outros elementos que conformavam aquela estrutura como tal. Em outras palavras, bastaria ter em mente a infraestrutura indispensável para fazer essas instituições funcionarem conforme o modelo proposto pelas legislações nacionais – incluindo também aqui os interesses locais que impulsionavam essa empreitada.

Alguns estados brasileiros parecem ter sido mais eficientes em angariar verba, materiais e aliados em torno desse projeto, tornando os leprosários uma das prioridades da administração. Conforme aponta Maciel (2007), São Paulo era um deles, contando com uma economia forte e com uma rede interessada por aquelas medidas do higienismo brasileiro, chegando a criar um órgão específico para gerir a questão da *lepra* no estado em paralelo ao órgão nacional. Os leprosários, dispensários e educandários foram constituídos por toda a extensão do país e, portanto, não estou sugerindo que foram exclusividade de nenhum estado federativo. No entanto, notar tais especificidades se torna relevante na medida em que o modelo de segregação que parece fundamentar a narrativa oficial da política reparatória da última década encontra em algumas regiões paralelos mais óbvios do que em outras, ou seja, cria uma determinada narrativa oficial sobre quem seriam os sujeitos daquele direito que atende apenas a uma parcela daqueles que se reconhecem como sujeitos daquele direito.

A variedade de trajetórias de segregação seria logo notada pela equipe da comissão de Brasília, embalada também pelo barulho que os ativistas do Morhan começaram a fazer em torno do indeferimento dos processos. Em meados de 2011, a equipe de Brasília, buscando entender melhor o contexto dos isolamentos no estado do Acre, faria uma visita às duas ex-colônias daquele estado e se encontraria com os membros do movimento local. Conforme relatou uma notícia local:

O presidente Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (Morhan), Artur Custódio, também esteve presente à reunião. Ele conta que em Cruzeiro do Sul o número de pessoas que ficaram segregadas nos seringais foi muito grande e elas não estão conseguindo aprovação para a indenização. “Era preciso que a comissão viesse aqui e compreendesse a história”, disse. Para ele, o isolamento domiciliar no momento em que o hospital estava lotado era como se fosse um braço da segregação, e se a comissão conseguir trabalhar essa interpretação junto com o setor jurídico da Secretaria de Direitos Humanos vai ficar muito mais fácil indenizar as pessoas

que também foram segregadas, também sofreram e, talvez, tivessem até mesmo menos assistência do Estado do que as que estavam no hospital. A documentação é frágil, praticamente não existe. Em algumas fichas remanescentes de atendimento no hospital, está escrito “indicado para internação domiciliar”. Essa “internação domiciliar” é que a comissão quer considerar, e isso abrange praticamente quase todos os que ficaram nos seringais.²

Segundo meus interlocutores de Brasília, ainda que tivessem buscado estratégias para deferir os pedidos de reparação também daqueles sujeitos que ficaram nos seringais, a própria lei de 2007 atuava impedindo que eles o fizessem, dado que ela instituía aquele direito aos atingidos pela hanseníase e compulsoriamente internados nos antigos leprosários. Conforme aponte, a lei que concedeu aquele direito foi resultado de uma demanda do Morhan e, se, tal como tenho sublinhado, essa medida reparatória estava assentada numa narrativa legalista do passado, distinguindo aqueles que estiveram daqueles que não estiveram nos leprosários, essa distinção não fazia parte da bandeira levantada pelo movimento antes de 2007. Numa edição do Caderno do Morhan, publicação que aborda as diversas frentes do movimento, é possível encontrar uma matéria comemorativa da aprovação da medida reparatória em 2007. Nela afirma-se que era esperado que a nova política “beneficiasse [no estado do Acre] mais de dois mil ex-doentes, que foram isolados e mutilados por falta de assistência adequada entre os anos de 1959 a 1976”. A reportagem também fazia referência a um relato realizado ao ex-presidente Lula na ocasião da assinatura em Brasília, em que a então coordenadora do Morhan de Manaus contava que tinha sido levada de barco aos 9 anos de idade para um hospital-colônia “e o dono do barco não quis deixar eu vir dentro do barco, e sim, em uma canoa a reboque”. O que torna esses dois trechos interessantes é o fato de que tais narrativas não estavam centradas no isolamento no interior dos leprosários. Os antigos leprosários, ou, em termos atuais, as colônias hospitalares aparecem apenas como coadjuvantes naquelas narrativas de exclusão. Aliás, os ativistas do estado do Acre foram centrais na formulação do pleito pela reparação. Conforme ativistas do Morhan têm apontado nos últimos anos, a política reparatória, tal como foi colocada em prática, acabou gerando uma nova distribuição desigual de direitos.

² Disponível em: <<http://www.agencia.ac.gov.br/comisso-quer-incluir-na-penso-especial-ex-hansenianos-isolados-nos-seringais/>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

Como efeito, diversas pessoas que se apresentavam como vítimas das políticas nacionais de isolamento, não tendo sido reconhecidas desde então, judicializaram sua demanda; muitos processos já se estendem há uma década. Ao final de 2017, um projeto de lei estendendo o direito à reparação aos casos dos sujeitos isolados em domicílio e nos seringais estava em fase de finalização pelos ativistas.

4 O enquadramento do passado versus a experiência dos sujeitos

4.1 Fora dos muros, fora do Estado?

João Batista era um senhor simpático, nascido no interior do Amazonas, negro, com as mãos sequeladas da doença. Ele tinha 57 anos quando o entrevistei em 2012 em Rio Branco, capital do Acre. As primeiras manchas da doença tinham aparecido quando estava com 5 anos de idade. Na “época falava lepra”, ele me dizia. Quando apareceram os primeiros sinais, eles não sabiam o que era. Naquela altura o pequeno João vivia com a mãe e três irmãos mais velhos em um seringal do interior do Amazonas. Quatro anos depois, quando estava com 9 anos de idade, um acontecimento mudaria sua vida: numa tarde qualquer, um pequeno barco se aproximaria pelo rio onde viviam e logo todos se dariam conta de que era a polícia. João explicou: “eles foram lá falar com minha mãe que se não internasse ia me levar para o patrão”, referindo-se ao proprietário do seringal para quem trabalhavam e onde viviam. A mãe dos garotos fez um acordo com a polícia: os irmãos mais velhos de João construiriam uma casa de madeira e palha a uns 500 metros da casa deles para o caçula que estava doente. E foi assim que João permaneceu durante quase uma década. Separado do restante da família e com o dever de evitar o contato, todos os dias os irmãos ou a mãe de João deixava comida em cima de um tronco em frente à sua casa.

A juventude de João também esteve marcada por experiências de exclusão. Nessa altura ele trabalhava na coleta de borracha com os irmãos, porém seu trabalho era limitado ao perímetro de sua casa, e era o irmão mais velho quem levava a borracha coletada para a cidade e trazia compras de lá, dado que, como explicou, ninguém compraria nada que viesse de suas mãos. Quando tinha em torno de 18 anos, sua trajetória se transformaria novamente. Conversando com um senhor, viajante da região, o irmão de João descobriria que havia tratamento

para a doença em Boca do Acre, uma pequena cidade amazonense a pouco mais de 200 quilômetros de Rio Branco. O senhor que iria pegar o rio naquela direção ofereceu levar João. Para fazer a viagem, arrumaram uma canoa e uma corda. João ficou na pequena canoa separada sozinho e, com a corda, foi rebocado pelo viajante rio acima: “quando tinha que pegar comida, ele puxava a corda até perto do barco e esticava um pau com a comida em cima”. Chegando à cidade, a esperança de encontrar tratamento foi logo por água abaixo. Sem lugar para ficar, João passou os dias na própria canoa até que um grupo de irmãs católicas interveio, enviando João para a capital do Acre, Rio Branco, onde seguiu direto para o então leprosário Souza-Araújo.

A saga de João estava apenas começando. O leprosário estava lotado e ele foi enviado para o hospital de base da cidade, onde também havia outras pessoas internadas. Segundo relatou, durante o período em que ficou naquela instituição, o programa nas noites quentes de Rio Branco era tomar banho escondido no rio diante do hospital. Aquilo tinha marcado João, pois, conforme ele chamaria atenção, inicialmente tinha tentado nadar durante o dia, mas “as pessoas gritavam ‘sai daí, leproso’”. Em todo caso, João não me contou toda aquela história de maneira melancólica. Ele se considerava afortunado, porque mesmo assim tinha conseguido uma moça com quem viveria junto. O problema para ele estava “nessa lei muito errada que saiu”. Em tom indignado e enfático, ele me diria que teria “muito mais direito que essas pessoas”, pois não teria sido internado em nenhuma colônia, mas ficado “no hospital de base, que a gente sabe que era um isolamento”. Quando conheci João, em 2012, ele já vinha buscando seu reconhecimento como uma das vítimas do isolamento há alguns anos, porém, tal como muitos outros que viveram o isolamento em seringais, em domicílio ou em outras instituições que não os próprios leprosários, o seu pedido tinha sido repetidamente indeferido e arquivado.

Difícilmente poderíamos negar que a história de João é uma história de isolamento – primeiro na casa de madeira e palha, separado da família, depois em um hospital que o recebeu porque o leprosário não tinha mais vagas. No entanto, a distribuição do direito à reparação, conforme descobriria durante minhas incursões à comissão em Brasília, estava vinculada a uma narrativa específica do isolamento e que tenho chamado de draconiana: os casos em que a chamada polícia sanitária caçava os sujeitos por meio de denúncias (de vizinhos e conhecidos) e os levava à força para dentro dos muros dos leprosários, onde permaneceriam durante anos e décadas (ou a vida toda). Ainda que

João e outros tivessem sido internados no hospital de base da cidade de Rio Branco por ausência de vagas no leprosário da capital acreana, aquela instituição, além de não contar com o registro desses pacientes, não constava na lista de ex-colônias legitimadas pela política reparatória como os espaços de excelência das políticas de isolamento. Na história de João temos a figura da polícia, dos vários anos de isolamento, mas essa trajetória não era tomada como um caso em que o Estado havia cometido o crime do isolamento compulsório, mas, inversamente, como uma experiência em que o Estado esteve ausente. Aquilo que chama a atenção no caso de João, como no de tantos outros, é a forma como subjazia à política reparatória, assentada num modelo específico de segregação, a premissa de que a política nacional de isolamento dos pacientes com hanseníase tivesse seguido uma linha muito bem padronizada por todo o território brasileiro – em outras palavras, como se o Estado tivesse funcionado conforme suas leis.

Conforme chamaram atenção Das e Poole (2008), precisamos estar atentos a análises etnográficas que embarcam em determinadas políticas narrativas desde o interior de concepções sobre Estado:

Cualquier intento por repensar el estado como objeto de investigación etnográfica debe comenzar por considerar cómo este doble efecto de orden y transcendencia fue utilizado para reconocer la presencia del estado. En un primer nivel, sin duda, el estado parece ser todo acerca del orden. Así, a la hora de reconocer los efectos y la presencia del “estado” en la vida local, los antropólogos a menudo buscan los signos de racionalidades administrativas y jerárquicas que aparentemente proveen vínculos ordenados con los aparatos políticos y reguladores de un estado burocrático centralizado. [...] Uno de los aspectos de pensar al estado en términos de su funcionalidad ordenadora es que los márgenes espaciales y sociales que tan a menudo constituyen el terreno del trabajo de campo etnográfico son vistos como espacios de desorden, sitios en los que el estado no ha podido instaurar el orden (DAS; POOLE, 2008).

Ao longo da minha incursão a campo em Brasília, pude notar como as experiências e trajetórias narradas pelos meus interlocutores do estado do Acre, bem como de outros estados que também vivenciaram o isolamento fora dos muros dos leprosários, eram tomados como casos em que o Estado esteve ausente. Essa concepção binária parecia atuar legitimando o modelo de segregação definido por meio da política

reparatória, dado que, conforme irei demonstrar, a lei de 2007 era tomada como uma medida de reparação à ação autoritária do Estado, e não à sua ausência. Era a própria noção de Estado enquanto uma estrutura bem organizada, uma espécie de envoltório bem definido e limitado a instituições específicas, definidas *a posteriori*, que atuava naqueles cenários, moldando e ordenando os sujeitos desse direito, bem como essa política que também era uma política da memória. A seguir pretendo demonstrar que não apenas a letra da lei performava um Estado delimitado a determinadas instituições, como também o processo de análise e deliberação dos pedidos de reparação dava espaço a negociações e disputas acerca das delimitações do Estado – ou seja, a performatização da sua presença e ausência. Da mesma forma que a letra da lei implicaria delimitar o direito à indenização apenas àqueles que estiveram nos antigos leprosários, ela também teria definido a necessidade de comprovação do caráter compulsório do isolamento, e é acerca desse ponto que trataremos agora.

4.2 Dentro dos muros, mas sem a ação dos agentes-oficiais, fora do Estado?

Entre os processos que fizeram com que os ânimos se animassem em uma das reuniões que acompanhei em 2013 estava o de Antônio. Conforme o relator responsável descreveria, tratava-se de um senhor que ainda criança tinha sido levado pelos pais para uma ex-colônia em busca de tratamento. O processo de Antônio contava com a documentação exigida, tal como cópias da ficha de acompanhamento médico e o registro da entrada na instituição (encontradas no arquivo da ex-colônia, como de praxe). Quando do início do relato dos documentos e informações daquele pedido, acreditava que aquele seria mais um dos processos que entraria para votação e deferimento rapidamente, dado que a documentação estava presente e atenderia os critérios de isolamento em ex-colônia em período até 1986. Porém, a informação escrita na cópia do registro de entrada de Antônio de que ele havia sido “levado pelos pais” daria espaço para divergências entre os relatores e uma longa discussão. A forma de entrada era uma informação padrão contida em grande parte das fichas das antigas colônias e, tal como logo me daria conta, em alguns casos essa informação ganharia centralidade, participando diretamente na decisão acerca do deferimento ou indeferimento dos processos.

De um lado, alguns relatores argumentaram que, ao ter sido levado pelos próprios pais em busca de tratamento, Antônio não configuraria um caso compulsório de isolamento. De outro lado, outros chamaram a atenção para as informações sobre o cotidiano daquela ex-colônia hospitalar onde Antônio havia permanecido, tais como a necessidade de pedir autorização para sair ou as chamadas medidas punitivas (aplicadas aos internos em caso de não cumprimento das regras da instituição). Para eles, a forma como Antônio tinha sido levado à instituição era indiferente, tendo em vista que, uma vez institucionalizado, ele teria vivido sob as regras do isolamento compulsório. A discussão seguiria por algum tempo, eles retornariam a revisar os documentos e, antes que fosse decidido que o processo de Antônio voltaria para uma segunda análise e para a busca de documentação, um dos relatores, que tinha se posicionado contrariamente ao deferimento, diria impaciente e enfaticamente que “a lei não foi feita para essas pessoas”. A sugestão implícita naquela fala era de que Antônio tinha sido isolado, mas não de forma compulsória. Ao dizer para quem a lei não tinha sido feita, ele dizia indiretamente para quem ela teria sido feita: aqueles sujeitos retirados-de-casa-à-força-pela-polícia-ou-agentes-oficiais-e-isolados-em-leprosários-por-anos. O fato de Antônio ter sido levado pelos pais representar alguma quebra desse modelo me parece estar assentado, novamente, em uma noção acerca da presença e da ausência do Estado, dado que a responsabilidade do isolamento estava sendo transferida para os pais de Antônio.

O que é interessante aqui é notar a maneira como o Estado estava sendo performado como entidade formalizada e bem delimitada. Em certo sentido, seria como se as escolhas dos pais de Antônio não fossem mediadas também pelas políticas desse Estado. Subjaz nesse debate a ideia de que o isolamento implicaria uma ruptura na vida dos sujeitos que vinham até então gozando de direitos e prazeres os quais cessariam uma vez institucionalizados. Por um lado, é claro que é exatamente disso que se trata a medida reparatória, ou seja, tratava-se de abrir mão de qualquer coisa que chamaríamos hoje de cidadania. Por outro lado, a partir das narrativas dos meus interlocutores, ficaria evidente que eles não estavam gozando de um ambiente de preservação de direitos, ou de algo como igualdade social, previamente à internação. A noção de que o estigma e o isolamento seriam *realidades vividas* no interior dos leprosários atua através de uma concepção dualista entre Estado e sociedade.

O isolamento domiciliar, o isolamento nos seringais, as narrativas de exclusão, preconceito e violência que preenchem páginas e páginas dos

meus diários de campo falam sobre uma política nacional de isolamento que não precisava de muros – ou melhor, deixam evidentes as maneiras com que foram constituídas fronteiras de discriminação para além das fronteiras de tijolos. Antropólogos e historiadores já apontaram a maneira como concepções religiosas, a história anterior dos leprosários e diversos outros elementos se entrelaçavam na constituição de um contexto discriminatório contra pacientes com hanseníase no início do século XX (ou, para não cair em anacronismos, contra pacientes com lepra). No entanto, tal como o próprio movimento social tem sublinhado nos últimos anos, as políticas do Estado brasileiro também podem ser tomadas como mediadoras na produção desses cenários – afinal de contas, tratava-se de uma política que difundia o medo do contágio, que em muitos aspectos também alimentava concepções religiosas sobre a doença e embalava intervenções discriminatórias.

Poderíamos questionar, portanto, em que medida a própria política nacional de isolamento em nome de um suposto controle do contágio não havia contribuído para gerar um contexto discriminatório no âmbito dos seringais, dentro de casa, entre aqueles que frequentavam o rio em frente ao hospital onde João havia sido internado etc. O ponto aqui é refletir em que medida as campanhas nacionais de combate à lepra do século XX atuaram como mediação tanto daqueles que estavam dentro quanto daqueles que estavam fora dos espaços das ex-colônias. Onde estavam localizados os muros do Estado? Podemos dar um passo além e questionar de que forma aquela política nacional não teria sido também responsável por transformar o leprosário, enquanto estrutura, no único lugar onde aqueles sujeitos eram legitimados, permitidos, a estar (e existir) enquanto sujeitos sociais. Muitos dos meus interlocutores me relataram que, se por um lado atravessar aqueles muros tinha lhes deixado cicatrizes irreversíveis, por outro lado também relatam o pequeno prazer que sentiram quando, lá dentro, puderam compartilhar o mesmo espaço com outras pessoas, comer com os mesmos talheres, puderam, finalmente, abraçar alguém, estar entre outros. Dessa forma, como seria possível tomar as escolhas dos sujeitos – levar um filho ao leprosário, por exemplo – sem tomar as políticas de isolamento como mediadoras dessas decisões? Se apreendemos algo com a noção de micropolítica (FOUCAULT, 1986), é que relações de poder estão para além das grandes instituições e se espalham através das relações mais infinitesimais.

5 Considerações finais: performando o dentro e o fora do Estado

Ao longo das últimas décadas, as políticas de reparação dirigidas às vítimas de crimes de Estado ganharam cada vez mais espaço nas novas formas de se fazer política (TORPEY, 2001). Medidas de intervenção que buscam reconhecer e criar formas de reparação para aqueles que sofreram alguma forma de violência perpetrada pelos Estados vêm sendo formuladas desde meados do último século. No presente capítulo, realizei uma reflexão acerca da política brasileira de reparação à primeira geração de atingidos pela hanseníase, uma normativa instituída em 2007 que atendeu o pleito político de um movimento social pelo reconhecimento de que as antigas medidas de segregação em leprosários não deveriam ser tomadas como políticas necessárias de saúde, tal como era ainda possível encontrar em determinados discursos, mas como um crime que havia sido cometido pelo Estado e que por ele deveria ser reparado.

As legislações do século XX que instituíram as políticas de segregação determinavam a universalidade do isolamento, ou seja, definiram que todo e qualquer sujeito diagnosticado com a doença deveria ser isolado nos antigos leprosários. Os marcos legais se tornaram relevantes aqui na medida em que a política reparatória instituída em 2007 tomava o passado a partir daquilo que poderíamos chamar de narrativa das leis em detrimento das diversas maneiras com que a segregação foi colocada em prática. Conforme apresentado, as experiências de isolamento e segregação de sujeitos de carne e osso estavam atravessadas por uma multiplicidade de situações e instituições que não eram previstas em lei, mas que estavam presentes nas narrativas sobre o passado. No entanto, a política reparatória estava assentada numa concepção sobre o passado das políticas de isolamento que se inspirava na determinação das antigas leis para definir o sujeito que teria direito à reparação: aqueles que foram retirados de casa à força pela polícia ou agentes oficiais e isolados em leprosários por anos. Essa definição fazia com que diversos sujeitos que foram isolados dentro de casa, em seringais ou em instituições que não eram previstas como espaço de isolamento não conseguissem emparelhar suas experiências com aquilo que era esperado em Brasília, acarretando o indeferimento de seus pedidos de reparação.

A partir dos casos de João e Antônio, requerentes da reparação que tiveram seus pedidos negados, busquei refletir acerca da forma

como a ordenação dos sujeitos de direito passava por um cálculo acerca da presença ou da ausência do Estado na experiência de isolamento. Diversas trajetórias daqueles que solicitavam a reparação não tinham sido tomadas como crimes de responsabilidade do Estado – e, portanto, reparáveis –, mas como casos em que o Estado esteve ausente. O objetivo foi chamar atenção para concepções binárias de Estado e sociedade, como artefatos sociais no sentido que lhes atribui Marilyn Strathern (1992), que operavam na determinação dos sujeitos de direito. Tal dualidade se assentaria na premissa de que a realidade seria subdividida em dimensões que engendrariam entre si relações externas de afastamento ou conexão. O tensionamento acontecia quando se pretendia reparar o passado a partir de uma concepção de Estado como uma entidade centralizada e padronizada. O objetivo aqui não foi sugerir que a política reparatória foi deturpada ou que lhe foi dada uma interpretação não acurada, mas destacar a maneira como, ao ordenar os sujeitos daquele direito, a história do Estado e o próprio Estado eram também performatizados – ou, inversamente, a forma como a performatização da ausência e presença do Estado operava ordenando os sujeitos de direito.

Fazendo um paralelo com aquilo que sugerem Das e Poole (2008), as particularidades do isolamento domiciliar e nos seringais não foram entendidas aqui como exceções, mas como aquilo que participava da produção da própria regra. Por um lado, tínhamos diversas narrativas que apontavam para o passado dos isolamentos enquanto medida que na prática aconteceu de múltiplas formas, levantando a questão da diversidade de contextos, infraestruturas, relações de poder e prioridades que moldaram aquela empreitada que se apresentava como política nacional de saúde. Por outro lado, temos uma política nacional contemporânea que tem como objetivo reparar os erros do passado, mas que, ao buscar fazê-lo, impõe uma concepção encapsulada, centralizada e legalista do que teria sido o crime de Estado. Tudo se passa como se fosse imposta ao passado uma coerência em relação às suas legislações – ou melhor, como se as legislações fossem a própria narrativa sobre o passado (ou seja, o isolamento em leprosário e feito de forma compulsória, que, conforme vimos, era uma categoria disputada).

De um lado, temos a definição do que seria o Estado – lá, em algum livro da prateleira –, mas, de outro lado, temos os efeitos daquilo que chamamos Estado. A questão aqui foi apontar como a própria performatização do Estado – como aquela entidade ordenada, delimitada e padronizada – entrava em jogo na hora de determinar quem era e quem não era sujeito daquele direito. A política de reparação tinha seus limites

definidos pela performance dos limites do Estado, que, se em alguma medida vinha atrelada aos tijolos dos muros da política de segregação, também vinha emaranhada a noções reduzidas de compulsoriedade. Afinal, tal como o caso de Antônio nos ajudou a refletir, ser levado pelos pais estaria dentro ou fora da responsabilidade do Estado? As políticas discriminatórias dirigidas aos atingidos pela hanseníase estavam limitadas aos portões dos leprosários? Elas estariam limitadas aos casos de captura dos sujeitos pela polícia sanitária ou outros agentes oficiais? Parece-me que não. Se os muros da segregação do passado não tiveram uma área geográfica bem definida, por que iremos *agora* determinar de forma excludente *onde* os isolamentos aconteceram? Conforme vimos, na medida em que os muros do Estado foram delimitados, a política reparatória dirigida aos atingidos pela hanseníase também traçou seus próprios limites.

Referências

- BRASIL. Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate à lepra no país e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 7 maio 1962.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 165 de 14 de maio de 1976. Estabelece política de controle da hanseníase. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 11 jun. 1976.
- _____. Projeto de Lei do Senado nº 206, 2006. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília, 2006.
- _____. Medida Provisória nº 373, de 24 de maio de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 maio 2007.
- _____. Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 18 set. 2007.
- BECHLER, R. G. Das colônias africanas ao III Reich: a atuação do governo alemão frente à lepra da segunda metade do século XIX à primeira metade do XX. *Locus: Revista de História, Juiz de Fora*, v. 17, n. 1, p. 273-300, 2011.
- BEVILAQUA, C. Espécies invasoras e fronteiras nacionais: uma reflexão sobre limites do Estado. *Revista Antropológicas*, v. 17, n. 24, p. 103-123, 2013.

- BEVILAQUA, C.; LEIRNER, P. Notas sobre a análise antropológica de setores do Estado brasileiro. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 105-140, 2000.
- CUNHA, V. S. *O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- CURI, L. *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- CRUZ, A. Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 25-44, 2016.
- FERREIRA, L. *Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960*. Rio de Janeiro, LACED, e-papers, 2009.
- FONSECA, C. Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas “alternativos” de educação para a primeira infância. In: _____; ROHDEN, F.; MACHADO, P. (Org.). *Ciências na vida*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.
- _____. Deslocando o gene: o DNA entre outras tecnologias de identificação familiar. *Mana*, v. 22, n. 1, p. 133-156, 2016.
- _____; MARICATO, G. Criando comunidade: emoção, reconhecimento e depoimentos de sofrimento. *Interseções*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 252-274, 2013.
- FONSECA, C. et al. Project REENCONTRO: ethical aspects of genetic identification in families separated by the compulsory isolation of leprosy patients in Brazil. *Journal of Community Genetics*, v. 6, p. 215-222, 2015.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- GUSSOW, Z. *Leprosy, racism and public health: social policy in chronic disease control*. Boulder: Westview Press, 1989.
- MACIEL, L. *Em defesa dos sãos perde Lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. 2007. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.
- MARICATO, G. *A procura do direito de cidadania: o vai e vem entre direito e ciência junto às lutas dos atingidos pela hanseníase*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- _____. *Atingidos pela hanseníase, reparados pelo Estado: as múltiplas histórias performadas da Lei nº 11.520/2007*. 2015. Dissertação (Mestrado

em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MARICATO, G. *Políticas ontológicas da cura: em direção a um mundo sem hanseníase? No prelo.*

MENDONÇA, R. *Reconhecimento e deliberação: as lutas das pessoas atingidas pela hanseníase em diferentes âmbitos interacionais.* 2009. Tese (Comunicação Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OBREGÓN-TORRES, D. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia em Colombia.* Medellín: Fondo Editorial, 2012.

PANDYA, S. The first international leprosy conferency, Berlin, 1897: the politics of segregation. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 10, n. 1, p. 161-177, 2003.

SCHUCH, P. Tecnologias da não violência e modernização da justiça no Brasil: o caso da justiça restaurativa. *Civitas*, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 498-520, 2008.

STRATHERN, M. Parts and wholes: refiguring relationships in a postplural world. In: KUPER, A. (Org.). *Conceptualising society.* London: Routledge, 1992.

TORPEY, J. Making whole what has been smashed: reflections on reparations. *Journal of Modern History*, v. 73, n 2, p. 333-358, 2001.

PARTE II



Agenciamentos e
experiências sociais
em saúde



“Doença dos magros”: mobilização social e busca por reconhecimento envolvendo uma síndrome rara no Rio Grande do Norte

Jociara Alves Nóbrega

1 Introdução

Refletir sobre o desenvolvimento da ciência genética ao nível em que os processos de adoecimento e sua probabilidade de ocorrência são possíveis de serem antevistos e minuciosamente controlados passa necessariamente por considerações de ordem política. Estamos falando de políticas de controle da vida, que Foucault (2008) chamou de “biopoder”, envolvendo a colocação da vida sob a administração de um saber/poder, que ganhou expressão no Ocidente no século XVIII. Então, pensar desde o campo do desenvolvimento científico e suas formas impositivas sobre o pensamento ocidental (DUARTE, 2003) até a proporção em que conhecimentos biotecnológicos são apropriados por pessoas comuns e práticas de controle da saúde e da vida são administradas cotidianamente e de modo programático (RABINOW, 1991) conduz a uma importante dimensão antropológica a ser investigada.

Dentro dessas aquisições de conhecimentos específicos são engendradas novas formas de sociabilidade relacionadas a uma condição patológica – que se tornam definidores de estratégias para gerir e controlar a doença a fim de prolongar a vida –, classificadas na literatura antropológica de “biossociabilidades” (RABINOW, 1991). Tais práticas são normalmente suscitadas pela troca de saberes e formas de controle sobre a doença, pelo compartilhamento de experiências emocionais, além da busca de respostas salutaras nos âmbitos das ciências da saúde, de modo específico, e das políticas públicas, de modo geral. Essas buscas, por vezes, configuram formas de engajamento sociopolítico que tomam a forma mais concreta de associações e grupos de ajuda mútua. Em contextos envolvendo doenças cujo campo de descoberta e desenvolvimento científico é ainda recente, essas entidades tornam-se decisivas como pontos de apoio para os doentes e seus familiares (VALLE, 2013).

Pensando nessas questões, esse trabalho reporta-se a uma mobilização social iniciada no final dos anos 1980 em torno do reconhecimento de uma identidade biossocial protagonizada pelas mães de pessoas com a rara síndrome de Berardinelli no estado do Rio Grande do Norte. Enfatizo nessa trajetória o diálogo que essas pessoas passam a estabelecer com os saberes médicos e a compreensão própria que adotam em torno do acesso a direitos sociais. Nessa seara, analiso as variantes que determinam o reconhecimento da identidade biossocial para elas. Veremos que a legitimação do *status* biológico em questão passa pelo reconhecimento médico da doença e de uma resposta do poder público e da sociedade na forma de disponibilização de tratamentos, medicamentos, qualidade de vida e, de forma mais abstrata, aceitação social.

A mobilização social em questão partiu de duas mães que, no final dos anos 1980, procuravam tratamento e qualidade de vida para seus filhos nascidos com a síndrome de Berardinelli (SB), popularizada na época como “doença dos magros”, culminando, em 1998, na fundação da Associação dos Pais e Pessoas com a Síndrome de Berardinelli do Estado do Rio Grande do Norte (ASPOSBERN). É no âmbito dessa organização que procuro situar meu olhar sobre uma mobilização biossocial, envolvendo a luta por direitos e reconhecimento.¹

¹ O universo social da ASPOSBERN e dos portadores da síndrome de Berardinelli no Rio Grande do Norte constitui o campo da minha pesquisa de doutorado, que está inserida no projeto “Pessoas com doenças genéticas raras nos Sertões:

Os dados empíricos utilizados neste trabalho partem de uma pesquisa exploratória feita no âmbito da ASPOBERN. Foram estabelecidas duas formas de contato direto com o campo: um diálogo pessoal com uma das mães fundadoras (em agosto de 2015) e o acompanhamento dos encontros anuais da APOBERN dos anos de 2015 e 2016, eventos que reúnem anualmente pessoas de diversos setores sociais inseridos na rede de relações do grupo e os membros da comunidade científica local. A dissertação de mestrado de Virgínia Dantas, intitulada “Síndrome de Berardinelli: territorialidade e imaginário” (2005), constitui uma fonte documental complementar aos dados de campo. Seu trabalho foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2005.

As duas mães – uma delas geógrafa e moradora da cidade de Currais Novos (RN) e a outra, técnica de enfermagem e moradora de Natal (RN) – são ainda hoje líderes da associação, que atualmente agrega famílias com perfis sociais variados, a maioria delas oriundas das classes populares de cidades do interior e do meio rural do Rio Grande do Norte. A mobilização das mães partiu de uma conversa que tiveram na década de 1980 com um médico pediatra, especificamente em 1987, quando a filha de uma das mães nasceu e o filho da outra encontrava-se com 1 ano de idade. Estimuladas pelo especialista, tentaram mapear outros casos da doença no estado para, assim, substancializar demandas por pesquisas científicas e políticas de saúde que garantissem uma vida mais prolongada e *feliz*² para as pessoas com a síndrome.

Por apresentar uma variedade de problemas orgânicos que limitam o desempenho físico e social, com destaque para a ocorrência de diabetes, problemas hepáticos e cardíacos (MONTIEL; HERRERA, 2012), além de se tratar de uma doença rara, sem uma oferta de serviços públicos de saúde consistente, a natureza da patologia estimula um forte envolvimento dos familiares dos portadores na busca por tratamento e aumento da qualidade de vida. Com isso, estamos falando de uma doença a cujo processo terapêutico a família está fortemente vinculada. E, seguindo a associação histórica da figura feminina e materna com as práticas de cuidado (FLEISCHER;

biossocialidades, mediações e administração pública no Rio Grande do Norte”, coordenado pelo professor-pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da UFRN Carlos Guilherme Octaviano do Valle.

² Os termos nativos e as falas dos informantes encontram-se destacados no texto em itálico.

FRANCH, 2015; LONGHI, 2015; NÓBREGA, 2011), as mães dos portadores da síndrome de Berardinelli situam-se como as pessoas politicamente engajadas na fundação e manutenção da ASPOSBERN. Esse aspecto envolve uma das dimensões que Fonseca (2007, p. 13), apoiada na obra "Some feminist questions", de Thorne (1992), identifica em uma nova abordagem crítica dos estudos feministas sobre a família: "a ressignificação do trabalho de cuidar (*nurturance*), e a crítica às oposições indivíduo x comunidade, privado x público". Isso implica uma abordagem da família que esteja centrada nos seus múltiplos contextos de atuação, os quais extrapolam as dimensões da vida privada e do espaço doméstico, especialmente quando atentamos para a sua atuação nos contextos de cuidado. Envolve, ainda, a necessidade de pensarmos analiticamente a família, alargando o contexto de análise e abarcando forças políticas nacionais e mundiais, as quais incluem políticas sociais nacionais que interceptam diversos agentes e setores estatais e não estatais (FONSECA, 2007), além de políticas de saúde de alcance global (BIEHL, 2011).

Esses aspectos recaem em uma dimensão investigativa bastante relevante no cenário brasileiro, que é o das mobilizações sociais e políticas relacionadas às questões envolvendo saúde, tendo em muitos casos como epicentro a atuação da família. Em se tratando de doenças de visibilidade social e científica incipiente, como é o caso das doenças raras, essas ações são de relevo ainda maior.

2 Entendendo a síndrome de Berardinelli e os componentes biopolíticos na formação da ASPOSBERN

A síndrome de Berardinelli é uma doença genética muito rara e com elevada incidência de consanguinidade (FARIA, 2009; RÊGO, 2009), que – tomada a proporção da sua estimativa mundial de incidência, de um caso para cada 10 milhões de habitantes (MONTIEL; HERRERA, 2012) – apresenta altos índices de manifestação na região do Seridó norte-rio-grandense, o que compreende uma média de 30 a 40 pessoas. Sua principal característica clínica é a redução ou quase ausência do tecido adiposo subcutâneo, que confere aos seus portadores uma aparência de magreza acentuada, o que levou a patologia a ser referenciada por muitos anos pela nomenclatura popular "doença dos magros", que ainda continua usual na região, mesmo diante da maior

popularização da classificação médica “síndrome de Berardinelli”. A literatura médica consultada identificou em 2009 cerca de 250 casos mundiais, com registros no Brasil nos estados de Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Em diálogo com o campo médico, em que a consanguinidade foi considerada como especificidade clínica da patologia, as duas mães que fundaram a ASPOBERN fizeram uma espécie de mapeamento genealógico da doença com a finalidade de substancializar demandas coletivas por produção científica e atendimento clínico e aumentar sua visibilidade social. Uma árvore genealógica dos portadores da síndrome de Berardinelli foi elaborada por Dantas (2005), contando com a colaboração da outra mãe na identificação das famílias. A partir de um universo de 17 portadores, distribuídos entre cidades seridoenses, como Acari, Carnaúba dos Dantas, Jardim do Seridó, Currais Novos e a capital estatal, Natal, ela solicitou o preenchimento de *fichas genealógicas* e, auxiliada por três *genealogistas seridoenses*, construiu uma árvore genealógica da síndrome de Berdinelli, na qual foram registrados 107 casos no Rio Grande do Norte, incluindo números menores de portadores dos estados da Paraíba e do Ceará, entre os séculos XIX e XXI.

Na versão de Dantas (2005), o imaginário local acerca da enfermidade no território do Seridó potiguar foi caracterizado pelo medo da contaminação. Na sua dissertação, ela afirma que a nomenclatura estigmatizante “doença dos magros” preponderou até o final da década de 1980, quando, antes do trabalho de identificação e reuniões com outras famílias de pessoas com a síndrome no Rio Grande do Norte, a *desinformação* generalizada sobre a doença fazia com que a manifestação de casos causasse *grande impacto para a sociedade*. A mobilização das mães foi, segundo Dantas (2005), responsável por estimular pesquisas científicas sobre a doença rara e, consequentemente, produzir uma interpretação menos estigmatizante sobre ela. O primeiro trabalho foi feito por duas médicas que estiveram presentes, juntamente com 16 portadores e 12 famílias, no primeiro encontro dos pais e portadores da síndrome de Berardinelli, que ocorreu na cidade de Currais Novos (RN), no dia 13 de julho de 1998. No ano seguinte ao encontro, em 1999, Dantas (2005) desenvolveu um projeto de pesquisa e extensão no *campus* da UFRN de Caicó (RN), como estudante de geografia, e, no ano de 2001, a médica Fátima Baracho produziu sua dissertação de mestrado, por meio do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN, tendo a síndrome de Berardinelli como tema. Essa produção de conhecimento

é identificada, então, como responsável por amenizar um imaginário social negativo sobre a doença (DANTAS, 2005).

Comparada a outras instituições de pesquisa do país, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) pode ser tida como um centro de referência em estudos médicos sobre a síndrome de Berardinelli. Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTN) foram encontradas, em julho de 2017, cinco teses de doutorado e duas dissertações de mestrado sobre a doença, todas produzidas na UFRN, sendo cinco teses e uma dissertação feitas no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e uma dissertação, de autoria de Virgínia Dantas, elaborada no Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia. Como já mencionado, desde a sua fundação, a ASPOBERN buscou realizar parcerias com médicos e cientistas. Foi, então, através delas que, em termos locais, o associativismo das famílias estimulou, via pesquisas científicas, a produção de “cidadania terapêutica” em torno da síndrome (NGUYEN, 2010).

Estima-se que o Rio Grande do Norte seja a região com a maior aglomeração de casos da doença no mundo. A sua manifestação expressiva no Seridó norte-rio-grandense deve-se, na versão de Dantas (2005) – aceita e legitimada nesse universo social –, ao modelo cultural de casamentos entre primos *próximos* ou *distantes* operante entre as primeiras famílias que povoaram a região. De acordo com Monteiro (2000 apud DANTAS, 2005), elas eram formadas por sesmeiros ou grandes posseiros articulados em torno da criação de gado em fazendas. Essas linhagens familiares, compostas por pessoas brancas e de origem portuguesa, viriam a constituir as elites regionais locais. Os fatores econômicos e políticos, que tinham como âncora a atividade da pecuária, são destacados na versão construída por Dantas (2005), apoiada em historiadores do Rio Grande do Norte, como a base desse modelo de parentesco. Nessa perspectiva, a constituição de matrimônios entre primos se dava também em torno de bens, nesse caso terras e nomes de família, o que indica que as relações entre as pessoas são feitas também através das coisas, para além dos vínculos sanguíneos e dos sentimentos (VASCO, 1994). Tomando as variáveis econômicas e políticas da região no contexto da sua colonização como eixos para pensar a formação dos vínculos de parentesco por afinidade, podemos também interpretar essas alianças como um “sistema de casamentos por trocas” calcado na reciprocidade (LÉVI-STRAUSS, 1956), que envolve elementos como valor, prestígio e herança. A partir desses aspectos, temos um conjunto de relações locais que, como

inspira Morgan (1871), está por trás do modelo social e histórico de parentesco que deu origem à síndrome de Berardinelli.

Tratando da configuração cultural do Seridó norte-rio-grandense, Morais e Dantas (2006) identificam o acionamento de um capital social pelas pessoas da região articulado em torno do sentido de pertença a uma região que, na primeira metade do século XX, era considerada o epicentro econômico e político estadual, onde a promissora economia, calcada no tripé algodão-pecuária-mineração, projetou políticos locais em nível estadual e até nacional (MORAIS; DANTAS, 2006). O “orgulho de ser seridoense”, enquanto um sentimento positivo de pertença regional – relativo a uma região habitada majoritariamente por pessoas brancas, que no século XX constituiu o ápice econômico e político do estado do Rio Grande do Norte –, pode aqui também ser elencado como uma hipótese para a manutenção da prática cultural de casamentos entre parentes em períodos posteriores ao povoamento.

O levantamento genealógico das pessoas com síndrome de Berardinelli evidenciou que, dentre três famílias de origem portuguesa que povoaram a região seridoense do Rio Grande do Norte no século XVIII – as famílias de Thomaz de Araújo Pereira, de Caetano Dantas Correia e de Cipriano Lopes Galvão –, os portadores da síndrome de Berardinelli descendiam de um tronco comum de uma delas, cujo patriarca foi Thomaz de Araújo Pereira, descrito como colonizador do município de Acari (RN) e *fundador da família do Seridó*, por ser a sua linhagem considerada *a mais antiga e a que mais proliferou* (DANTAS, 2005). A origem histórica da síndrome de Berardinelli, considerada medicamente como uma doença genética, seria, então, os casamentos entre primos originados nessa linhagem familiar, com uma maior concentração nas famílias Dantas e Araújo:

O 1º portador da referida Síndrome no Seridó surgiu na 5ª geração de Tomaz de Araújo, na 2ª geração de Caetano Dantas e na 3ª geração de Gregório José Dantas, sendo assim, bisneto de Caetano e trineto de Tomaz de Araújo. O mesmo chamava-se Manoel da Anunciação Dantas, era filho do casal José da Anunciação Dantas e Ana Francisca de Jesus, moradores da Fazenda Ermo (Carnaúba dos Dantas-RN). Conhecido popularmente como Manoel Mago do Botão, por ser “Magro”; além disso, era poeta – talvez uma forma de se refugiar da discriminação que sofria por causa da Síndrome (DANTAS, 2005, s/p.).

A dissertação de mestrado de Dantas (2005) produziu uma versão oficial, essencialmente calcada nas relações de parentesco, sobre a origem da patologia, que, seguindo a orientação dos trabalhos médicos realizados localmente entre os anos 1990 e 2000, ajudou a racionalizar e a positivar os portadores. A sua pesquisa construiu especificamente sob a perspectiva sociológica e histórica a versão da origem pelo parentesco, pois, quando a doença foi descoberta clinicamente, em 1954, pelo médico brasileiro Waldemar Berardinelli, a consanguinidade já havia sido apontada medicamente como fator desencadeador.

Contudo, Dantas (2005) aponta que a leitura social desabonadora ainda vem marcando as relações sociais locais, reveladas, sobretudo, através da recorrência de abandono escolar por parte dos portadores. Mesmo na atualidade, a síndrome de Berardinelli continua a ser pouco conhecida pela população mundial. A doença, que causa a aparência de magreza excessiva e aspectos anatômicos masculinos nas mulheres, ocasiona a vivência de intensos processos de estigmatização, por se chocar com as expectativas normativas relativas aos ideais de corpo, juventude e gênero predominantes no Ocidente (GOFFMAN, 1988).

Temos aqui um caso de mobilização biossocial, na qual a família e o gênero feminino inserem-se como protagonistas. Tal atuação envolve especialmente a entrada em uma rede de informações altamente especializada de saberes e conhecimentos médicos ligados à patologia genética, incluindo a trama de parentesco que engloba as noções de risco e identidade biológica. A identidade biológica ganha, então, relevo nas relações de parentesco que perfazem a rede reconstituída pelas duas mães, funcionando como símbolo de autoidentidade e elo convergente de novas sociabilidades. É importante considerar que, ao realizar um trabalho de identificação/mapeamento de famílias com portadores da doença no contexto que antecede a criação da associação, Dantas (2005), em parceria com a outra mãe, não apenas sociologiza os arranjos de parentesco que originaram a síndrome, fazendo seu resgate histórico; em alguma medida, ela também biologiza as pessoas com a doença e suas famílias. Afinal, é incentivada por um médico, cuja formação científica identifica a consanguinidade como característica clínica da síndrome, que ela inicia o trabalho de construção da genealogia das famílias dos portadores. A compreensão que as mães adotam sobre a enfermidade e os recursos para tratá-la (no caso, a produção científica específica sobre a doença rara) parece se dar nos termos de uma "biologia local", que implica os modos em que os processos biológicos e sociais entrelaçam-se ao longo do tempo, resultando em diferenças biológicas humanas

populacionais que podem ou não ser discernidas localmente pelos indivíduos (LOCK; NGUYEN, 2010).

2.1 Saber e poder

Em “História da sexualidade”, Foucault (1988) demonstra que no Ocidente a atenção ao corpo irá surgir no século XVII, quando os fenômenos próprios da vida entram para a história. Nesse momento, o poder de morte, que antes simbolizava o poder soberano, passa a dar lugar a um poder de vida sobre um “corpo máquina”, controlado por meio de táticas disciplinares. Ele demarca o maior desenvolvimento do interesse pela vida na história a partir do surgimento das noções de população e de ser humano como espécie, que se desenvolverão um pouco mais tarde, no século XVIII, na forma de uma “biopolítica”. Será nos âmbitos do saber e do poder que emergirá um conjunto de técnicas que buscarão gerir a vida e administrar os corpos, ao que ele irá chamar de “biopoder”. O “biopoder” compreenderá, então, um conjunto de técnicas que buscarão potencializar a vida da espécie humana e administrar as populações, no âmbito de sistemas políticos caracterizados pela governabilidade.

A partir desse campo aberto por Foucault (1988), quando ele situa os fenômenos da vida ao nível da política e do conhecimento, podemos identificar a emergência de novas formas de agenciamento do corpo possibilitadas pela sua centralidade social. No caso da ASPOBERN, o corpo – envolvendo tanto a sua estrutura interna (genes, sangue, hormônios) quanto externa (no que tange a aspectos físicos depreciativos) – compõe o eixo em torno do qual se articulam demandas ao poder público. Podemos pensar que as políticas públicas estatais, assim como as organizações voluntárias, se encarregam da administração de corpos, selecionados de acordo com determinados marcadores classificatórios – tais como gênero (saúde da mulher), geração (saúde da criança e saúde do idoso), tipos de patologia e classes sociais. Nesse cenário, os agentes de grupos de mobilização biossocial, tais quais a ASPOBERN, apresentam as suas demandas ao poder público também como corpos demarcados. Tais demandas devem contemplar, simultaneamente, pesquisas científicas – que possibilitem conhecimento e formas de tratamento sobre o corpo com síndrome – e conquistas de direitos sociais, que entram na pauta ativista dos familiares e pessoas com a síndrome de Berardinelli na forma, por exemplo, de ações de inclusão para permanência escolar.

Em situações como essas, nas quais os portadores de algumas doenças não encontram amparo no meio social generalizado, recorre-se ao estabelecimento de vínculos sociais e políticos, que servem para atender tanto a demandas práticas por tratamento quanto simbólicas, que envolvem o reconhecimento identitário. Em se tratando de campos de patologias em emergência, de ainda pouca visibilidade social e política – e, conseqüentemente, de escassos recursos terapêuticos e sociais –, manifestam-se em muitos casos formas de associativismo biopolítico (VALLE, 2013) articuladas em torno da reivindicação do que Gregoric (2012) chama de “cidadania terapêutica”.³ Essa nomenclatura faz referência às situações nas quais o reconhecimento de uma identidade somática ou patológica serve para modelar a relação dos sujeitos com o corpo e com o mundo; compõe-se com base em uma identidade grupal mediada pela condição patológica e se expressa em demandas ao poder público. Tais solicitações legitimam-se numa arena argumentativa que envolve a sobrevivência e a manutenção da vida dos sujeitos afetados a partir da disponibilização de recursos públicos como produção científica, serviços médicos, medicamentos e tratamentos farmacológicos (GREGORIC, 2012).

Paul Rabinow (1991) sugere que no ativismo biossocial estão presentes modos de apropriação de saberes especializados por parte das pessoas engajadas, de forma a configurar uma faceta contemporânea dessa junção entre saber e poder que Foucault (2008) identifica no conceito de “biopoder”. Regula Burri e Joseph Dumit (2008) fazem menção a formas de associativismo biopolítico envolvendo o mundo HIV/AIDS (STEVEN EPSTEIN, 1996) e a distrofia muscular (HARBERHARISOA; CALLON, 2004), nas quais se encontra presente a relação do ativismo com a pesquisa científica, sendo esta fortemente influenciada por tais demandas sociais.

Formas colaborativas entre cientistas e grupos de pacientes emergem, então, como resultado de fortes interações entre ciência e sociedade (BURRI; DUMIT, 2008). A agência de tais grupos frente às instituições médicas e científicas torna-se evidente, o que implica considerar que o modelo clássico de interação médico-paciente nos moldes ativo-passivo – formulado por Talcot Parsons para caracterizar as doenças agudas, típicas dos anos 1950, e com claras orientações filantrópicas direcionadas ao controle populacional (ADAM; HERZLICH, 1994) – não mais se monopoliza numa sociedade de racionalidade

³ Termo cunhado por Vinh-Kim Nguyen (2010).

pós-disciplinar. Rabinow (1991, p. 86) esclarece que a nova genética reconfigura o alcance da biologia na esfera social à medida que a metáfora biológica amplia seu escopo de abrangência, configurando-se como uma “rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição, em torno da qual e através da qual surgirá um tipo verdadeiramente novo de autoprodução: vamos chamá-lo de *bio-sociabilidade*”.

Essa solicitação social de direitos relativos ao campo da saúde exigiu, no caso da síndrome de Berardinelli, a constituição de uma rede de relações que envolveu diretamente a comunidade científica. A trajetória de uma das mães-líderes, mãe de uma portadora da doença de 30 anos, é exemplar nesse sentido. Residente no município de Currais Novos (RN), cidade sede da associação, ela realizou seu curso de graduação em geografia na UFRN, no polo de Caicó, onde, motivada pelo desejo de conhecimento da síndrome, iniciou o estabelecimento de uma rede de contatos com professores e bases de pesquisa que a incentivaram a realizar um mestrado acadêmico em Natal, na mesma instituição. Além do trabalho que fez sobre a síndrome na área de geografia, ela procurou o contato e associação com profissionais e pesquisadores da área médica, estabelecendo forte vínculo entre a ASPOBERN e a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), pólo da UFRN em Santa Cruz (RN). Já a outra fundadora, residente em Natal e mãe de um portador de 31 anos, está inserida em uma rede – em nível estadual, mas com relações com entidades nacionais – que articula, sobretudo, políticas públicas ligadas a pessoas doentes, tendo exercido, inclusive, um cargo no Conselho Estadual da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Norte.

Percebe-se, assim, que a luta por reconhecimento biossocial – como negociação de um lugar de demarcação identitária ligada a um marcador genético através do aval das instituições autorizadas a produzir “discursos de verdade” – se dá no nível de manifestações capilares de poder, acionadas para além da organização estatal central (FOUCAULT, 2008). Contudo, é necessário destacar que essa demanda concorre também para um reconhecimento governamental, materializável mediante a disponibilização de serviços públicos específicos. Além das contribuições de Barnes (2010) para a compreensão da política e do poder através dos estudos de redes sociais, Wolf (2003) demonstra que a manutenção das grandes instituições administrativo-governamentais se deve à existência e à ação do que chama “grupos suplementares”, que tendem a subsidiar e atravessar suas ações. O autor esclarece que tais corporações não se formam necessariamente em substituição

ou oposição ao Estado, mas operam em razão da existência dele. No caso de coletividades e associações articuladas em torno de patologias, geralmente estão em jogo, sobretudo, demandas ao poder estatal.

Essas articulações evidenciaram-se nos encontros anuais da ASPOSBERN como o sustentáculo para a existência política da organização. Nos eventos, pude perceber uma série de instâncias de apoio que exercem tal papel. Além da associação com a prefeitura municipal de Currais Novos e com a Secretaria de Educação, a ASPOSBERN mantém relações com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), com os *Conselheiros para as pessoas com deficiência* e com a *Associação Brasileira de Pessoas com Doenças Raras*, sem contar o decisivo vínculo com a comunidade científica, através, sobretudo, da UFRN.

3 A busca por reconhecimento

Para além da busca por tratamentos médicos e benefícios governamentais, na relação entre saúde, direitos e justiça, está em jogo a luta por reconhecimento, que envolve, além de direitos juridicamente reconhecíveis – como os que estão implicados em casos envolvendo a judicialização do direito à saúde –, aspectos morais e afetivos (HONNETH, 2003). Para Axel Honneth (2003), essas esferas se concretizam na forma de “solidariedade” e “amor”, na medida em que o reconhecimento passa, respectivamente, pela “estima social” e “dedicação afetiva”. O autor demonstra que a “estima social”, que viabiliza o reconhecimento no plano da “solidariedade”, se dá a partir do pano de fundo cultural, já que diz respeito ao conjunto de valores e moralidades que definem os critérios de valorização social das pessoas (ALBONoz, 2011).

No caso da ASPOSBERN, a luta por reconhecimento envolve uma dimensão moral e simbólica, incluindo o que Dantas (2005) reivindica na forma de *amor, inclusão e participação*. Nesse caso está presente, para além da acumulação de capital político na forma de parcerias com cientistas e profissionais de saúde, uma esfera envolvendo a luta não apenas pela legalização de benefícios, mas também pela garantia a uma identidade social legítima, que possa ser moralmente respeitada, o que se coaduna com o que Luis Roberto Cardoso de Oliveira (2011) irá chamar de “direito ao reconhecimento”. O autor explica que tal característica, muito valorizada no contexto brasileiro, torna-se por vezes difícil de ser materializada no campo jurídico:

A propósito, uma das características interessantes do direito ao reconhecimento é que se, por um lado, ele pode ser definido como uma obrigação moral, por outro, não faria muito sentido transformá-lo em um direito legal a ser garantido pelo sistema judiciário. Não só devido às dificuldades de legitimação que a legalização de tal direito enfrentaria, em vista da precariedade dos argumentos para a fundamentação do caráter imperativo da aceitação/atribuição do valor ou mérito de uma identidade ou forma de vida particular em sociedades democráticas – aglutinando grupos e tradições culturais diversas –, mas, sobretudo, devido à estrutura dialógica embutida nos atos de reconhecimento a qual deve refletir uma atitude ou intenção genuína daquele que reconhece. Qualquer artificialismo aqui pode ser percebido, na melhor das hipóteses, como manifestação insuficiente de reconhecimento e, na pior, como agressão enrustida (p. 19-20).

Na visão da fundadora Dantas (2005), essa dimensão do reconhecimento se faz presente quando, por exemplo, a sociedade respeita o direito que um portador da síndrome teria de frequentar sem discriminação o espaço escolar. Percebe-se nesse caso que o respeito esperado se define de forma abstrata em relação à materialidade jurídica, pois a ofensa considerada não se dá apenas na forma de uma agressão física ou verbal – que seria punível legalmente. Na verdade, ela sugere que a exclusão social motivada pela aparência física dos portadores da síndrome é o principal motivo da evasão escolar. As pessoas com Berardinelli sentem-se excluídas por não atenderem esteticamente às expectativas normativas locais (GOFFMAN, 1988).

É interessante o fato de que, quando Dantas (2005) reporta-se à sua busca por direitos, para além das conquistas que se dariam no âmbito da acessibilidade a recursos médicos, ela está se referindo a essa dimensão de direito ao *respeito* que acredita que essas pessoas deveriam ter. Poderíamos interpretar essa demanda à luz das conceituações de Axel Honneth (2003) como uma forma de “estima social”, em que, no âmbito da “solidariedade” social, as pessoas são valorizadas e reconhecidas apesar das suas diferenças. Inclusive, quando começa a empreender na década de 1980 seu trabalho de mapeamento genealógico e reunião com outras famílias de pessoas com a doença, ela efetiva o que definiu como um trabalho de *conscientização* com elas. A conscientização envolvia, além da dimensão da busca por direitos relativos a serviços de saúde, imprimir nas famílias a demanda pelo direito à *cidadania*. Nesse

universo, a cidadania das pessoas com Berardinelli compreenderia a possibilidade de *realização das suas práticas sociais, serem atuantes dentro da sociedade*, e também a oportunidade de serem aceitos com *amor* (DANTAS, 2005). Essa dimensão envolve uma fuga ao que Oliveira (2011) compreende como "desconsideração", que passa pela agressão aos direitos ético-morais, sendo produto do não reconhecimento de uma identidade autêntica.

Roberto DaMatta (1983) explica que, no contexto brasileiro, no qual a dimensão dos direitos individuais é cotidianamente corrompida pela nossa cultura personalista, o estabelecimento de relações pessoais e corporativas é muito valorizado. Em um cenário altamente hierarquizado de pessoas, em que o indivíduo – aquele sem relações, influência ou prestígio – praticamente não encontra lugar, os vínculos associativos acabam sendo uma saída na busca por reconhecimento público de demandas. Afinal, é nesse contexto de pessoas, em que a saúde é acessada de acordo com o pertencimento a classes sociais (BIEHL, 2001), que os grupos de mobilização biossocial acabam sendo decisivos na conquista de direitos.

Pensando no contexto das mobilizações biossociais no Brasil, onde "produz-se existência biossocial ao se produzir legitimidade biológica de tratamento" (VALLE, 2013, p. 45), é curioso perceber esse fluxo de demandas bem demarcadas partindo de coletividades específicas numa nação que possui um sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja arquitetura formal beira a perfeição. DaMatta (1983) fornece-nos uma chave explicativa para esse dilema quando esclarece que as nossas leis são feitas e manipuladas a favor de pessoas, aqueles sujeitos que possuem *status* e posições sociais valorizadas. Patrice Schuch (2014) aponta a moralização presente nas ações dos operadores de políticas públicas no Brasil, o que se coaduna com a análise cultural de DaMatta (1983) em torno do personalismo brasileiro, que se faz presente inclusive nos aparelhos burocráticos do Estado.

Nesse cenário, as conquistas das organizações ativistas são diretamente afetadas por esse viés moralizador que determina o acesso a direitos sociais direcionados ao campo da saúde. Os entraves encontrados envolvem desde a legalização dos direitos à acessibilidade a eles. Resgatando o contexto de militância HIV/AIDS no Brasil por meio do protagonismo do militante de esquerda Herbert Daniel na década de 1980, Valle (2013) se refere a "preconceitos" e "estigmas" que decretavam a "morte civil" das pessoas infectadas, o que exigiu um cenário de militância em torno da reivindicação de qualidade de vida e

da negação da “política de morte” “decretada” pelo Estado. Da mesma forma, Biehl (2001) observa que, no Brasil, grupos seletivos são tratados como “sociedade”, enquanto os mais pobres e “inúteis” são excluídos da epidemiologia, da política e dos cuidados de saúde, o que implica entre nós a seletividade da “cidadania biomédica”. Já Berenice Bento (2011) refere-se à sistemática “expulsão” promovida pela escola em relação à população homossexual, denunciando, através do preconceito dos alunos e da sua confirmação pelos gestores educacionais, a ausência da efetivação do direito à frequência escolar. Nessa direção, ao reportarmos à declaração de Dantas (2005) de que uma das grandes dificuldades que as pessoas com a síndrome têm na frequência do ambiente escolar relaciona-se à sua aparência física, percebemos que um direito legal não encontra efetividade em razão de um entrave moral relativo às representações sociais de corpo e gênero.

4 Considerações finais

A análise da ASPOBERN – assim como de outras organizações societárias em torno de causas relacionadas à saúde, tais como o Grupo Pela Vidua e a mobilização de pessoas com HTLV no Brasil, estudados por Carlos Guilherme do Valle (2000; 2013) – demonstra o potencial de grupos de mobilização social e política como canais de negociação de inclusão de agendas diversificadas nas políticas públicas nacionais. Em tais casos fica evidente o diálogo com saberes médicos especializados.

No encontro anual da associação do ano de 2015, um médico especialista na síndrome, que compunha a mesa de palestrantes, proferiu uma longa fala, marcada por uma série de orientações de como as pessoas poderiam se autogerir adotando formas cotidianas de administrar a doença para aumentar a expectativa e a qualidade de vida. Outros profissionais de saúde, como fisioterapeuta e nutricionista, também direcionaram suas falas para esse tipo de orientação. Os discursos dos profissionais, além de tratar de orientações relativas a formas de tratamento e espaços de atendimento, incluíam explicações clínicas sofisticadas envolvendo a síndrome de Berardinelli. Podemos, assim, constatar que a mobilização biossocial em torno do reconhecimento dessa identidade biológica passa na contemporaneidade pelo que Paul Rabinow (1991) identifica como apropriação de saberes a serem aplicados na administração da própria vida. É em grande parte nessa relação foucaultiana entre saber e poder que se dá a luta pelo

reconhecimento biossocial protagonizada pelas mães, pelos familiares e pelas pessoas com a síndrome de Berardinelli.

Temos, assim, a síndrome de Berardinelli como uma questão sociocultural que se define pela nomenclatura regional "doença dos magros", mas que também está articulada às estruturas de poder racionalizadas da lógica médica, cujas categorias também são acionadas pelas pessoas, por vezes, como uma alternativa de definir mais positivamente sua condição. A mobilização social das mães em torno da síndrome de Berardinelli, capitaneada por parcerias com profissionais de saúde e centros de produção científica, agrega, assim, uma versão que, por meio da gramática racionalizada da ciência, ajuda as pessoas com Berardinelli a se pensarem e serem socialmente lidas em novos termos. Pensar a busca da reconstrução das relações de parentesco pelas mães do Rio Grande do Norte através de uma base biológica apoiada na condição genética da síndrome de Berardinelli inclui, afinal, refletir sobre o engendramento de identidades familiares que se configuram também a partir de uma bioidentidade, na contemporaneidade ancorada nas novas tecnologias biomédicas.

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. As relações médico-paciente. In: _____; _____. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EdUSC, 1994.
- ALBANOZ, S. G. As esferas do reconhecimento: uma introdução a Axel Honneth. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 14, n. 1, p. 127-143, 2011.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processos políticos. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos*. São Paulo: UNESP, 2010.
- BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 549-559, 2011.
- BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-256, 2011.
- _____. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Duke: University of California Press, 2001.
- BURRI, R.; JOSEPH, D. *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. London: Routledge, 2008.

CALLON, M.; VOLOLONA, R. Gino's lesson on humanity: genetics, mutual entanglements and the sociologist's rule. *Economy and Society*, v. 33, p. 1-27, 2004.

DAMATTA, R. Você sabe quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: _____. *Carnavais, malandros e heróis: por uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

DANTAS, V. K. S. C. *Síndrome de Berardinelli: territorialidade e imaginário*. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

DUARTE, L. F. D. Novas tecnologias sob o olhar da antropologia. SBPC/Labjor – *Brasil: entrevista concedida à revista ComCiência*, 2003.

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

FARIA, C. A. *Função autonômica em pacientes portadores de lipodistrofia generalizada congênita – Síndrome de Berardinelli – SEIP*. 2009. 75 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

FLEISCHER, S.; FRANCH, M. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 42, p. 13-28, jan./jun. 2015.

FONSECA, C. Apresentação – de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 29, p. 9-35, jul./dez. 2007.

FOUCAULT, M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____. *História da sexualidade I*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GREGORIC, J. J. Biosociabilidad y ciudadanía biológica en el activismo de personas afectadas por El VIH-sida. Trabalho apresentado na 28. *Reunião Brasileira de Antropologia*, realizada entre os dias 2 e 5 de julho de 2012, em São Paulo, SP, Brasil.

HONNETH, A. *Luta pelo reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Rio de Janeiro: 34, 2003.

LEVI-STRAUSS, C. La familia. In: LÉVI-STRAUSS, C.; SPIRO, M. E.; GOUGH, K. *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama, 1996.

LOCK, M.; NGUYEN, V. *An anthropology of biomedicine*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

LONGUI, M. R. “Eu cuido dela e ela cuida de mim”: reflexões sobre o cuidado a partir de narrativas de casais homossexuais sorodiscordantes. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 42, p. 91-109, jan./jun. 2015.

MONTEIRO, D. M. *Introdução à história do RN*. Natal: EdUFRN, 2000.

MONTIEL, I. R. A.; HERRERA, A. V. Comunicación de casos: Lipodistrofia Congenita de Berardinelli-Seip. *Dermatología Pediátrica Latinoamericana*, v. 10, n. 1, jan./abr. 2012.

MORAIS, I. R. D.; DANTAS, E. M. Região e capital social: a reinvenção do Seridó nos fios silenciosos da cultura. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 3., 2006, Santa Cruz do Sul. *Anais...* Santa Cruz do Sul, 2006.

MORGAN, L. H. *Systems of consanguinity and affinity of the human family*. Washington: Smithsonian Institution Press, 1971.

NGUYEN, V. The republic of therapy. Triage of sovereignty. In: *West Africa's time of AIDS*. Durham: Duke University Press, 2010.

NÓBREGA, J. A. *Tecendo vivências e sentidos do câncer infantil: família, doença e redes de apoio social em Natal-RN*. 2011. 203f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2011.

OLIVEIRA, L. R. C. *Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

RABINOW, P. Artificialidade e ilustração: da sociobiologia à bio-sociabilidade. *Novos Estudos*, n. 31, p. 79-93, 1991.

REGO, A. G. *Anormalidades cardiovasculares e metabólicas em pacientes com a síndrome de Berardinelli – SEIP*. 2009. 72 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SCHUCH, P. A moral em questão: a conformação de um debate em antropologia. In: WERNECK, A.; CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. (Org.). *Pensando bem: estudos de sociologia e antropologia da moral*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2014.

THORNE, B. Feminism and the family: two decades of thought. In: THORNE, B.; YALOM, M. (Org.) *Rethinking the family: some feminist questions*. Boston: Northeastern University Press, 1992.

VALLE, C. G. O. Doença, ativismo biossocial e cidadania terapêutica: a emergência da mobilização de pessoas com HTLV no Brasil. *Vivência: Revista de Antropologia*, Natal, v. I, n. 41, p. 27-47, jan./jun. 2013.

VALLE, C. G. O. *The making of people living with HIV and AIDS: identities, illness and social organization in Rio de Janeiro, Brazil*. 2000. Ph.D. (Anthropology) – University of London, London, 2000.

VASCO, L. G. *Lewis Henry Morgan: confesiones de amor y odio*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional Colección Latinoamericana, 1994.

WOLF, E. Parentesco, amizade e relações patrono-cliente em sociedades complexas. In: FELDMAN-BIANCO, B.; RIBEIRO, G. L. *Antropologia e poder: contribuições de Eric R. Wolf*. Brasília/São Paulo: UnB/Imprensa Oficial/Unicamp, 2003.



“Eu tô fazendo certo, tô não?”: envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado¹

Marcia Reis Longhi

Era uma quinta-feira e eu me apressava, com receio de não chegar a tempo para pegar a balsa das 8 horas. Caso isso acontecesse, teria que aguardar uma hora para pegar a próxima e mais 30 minutos de traslado, o que significaria perder praticamente a metade da manhã, o que prejudicaria muito meus planos. Durante alguns meses, de 15 em 15 dias eu fazia este percurso para me dirigir a Guia, local da pesquisa. Pegar a balsa das 8 horas significava chegar no mesmo horário que a médica (ela também pegava a balsa neste horário) e poder acompanhar toda a movimentação do postinho.

Felizmente, cheguei a tempo e ainda pude assistir às pessoas que vinham de Lucena saírem da balsa de forma apressada. Homens, mulheres, crianças, jovens, idosos seguiam determinados, rumo aos seus compromissos do dia... iam para o trabalho, para a escola, para a universidade, para clínicas de saúde, para o centro de Cabedelo fazer compras, visitar familiares, enfim, realizar as mais

¹ Agradeço à CAPES por viabilizar a pesquisa através do edital universal Processo nº 447046/2014-4, projeto “Etnografando o cuidado: observando o cuidado com o idoso nas relações familiares e no serviço de saúde a partir de uma etnografia na comunidade de Nossa Senhora da Guia no município de Lucena/PB” (instituição de vínculo: Universidade Federal da Paraíba). Agradeço, ainda, muito especialmente, a Pedro Nascimento pelas contribuições sensíveis e certeiras.

diversas atividades cotidianas. E assim, neste vai e vem diário, a balsa cumpre sua função de levar as pessoas para resolver coisas, demarcando a organização do tempo produtivo.

Chego a Guia antes da médica, pois, como de hábito, ela passou na unidade de saúde de Costinha antes de ser levada para o postinho pelo carro da prefeitura, que a esperava na saída da balsa. Como sempre, a sala de espera estava cheia, mas neste dia o perfil dos usuários era um pouco diferente. Normalmente a sala era ocupada por mulheres, de diferentes gerações, e crianças. Neste dia, o grupo era predominantemente de idosos, homens e mulheres e também crianças, sempre acompanhadas de uma ou duas mulheres adultas. Logo fico sabendo o motivo de tal mudança. Neste dia seria dada a vacina H1N1 (adaptação de um registro do diário de campo).

1 Introdução

Antes de dar continuidade a minha narrativa, gostaria de situar os/as leitores/leitoras. Creio que os parágrafos introdutórios (extraídos de meu diário de campo) sinalizam alguns elementos com os quais dialogarei. Deslocamentos, administração do tempo, comunidade, organização local do atendimento à saúde da população são alguns dos ingredientes que darão forma às minhas reflexões teóricas sobre o cruzamento entre as categorias gênero, geração, localidade e a aplicação das políticas públicas de saúde e as estratégias de cuidado e autocuidado entre idosos. Para trilhar o caminho proposto, este texto será dividido, além desta introdução, em três partes: algumas inquietações anteriores à pesquisa, a descrição do espaço de pesquisa e o campo e algumas considerações finais.

2 Meus caminhos

A proposta inicial da pesquisa em andamento, que alimentou o presente texto, era entender o cuidado numa perspectiva polissêmica, dinâmica e relacional, construída cotidianamente e atribuída de sentido a partir do ponto de vista tanto do *cuidador/cuidadora* como de quem é *cuidado/cuidada*. Queria entender como os idosos e as idosas, moradores

da comunidade da Guia,² estavam sendo cuidados, por quem e o que era percebido como cuidado.

As provocações que me impulsionaram para esse tema foram basicamente duas. A primeira foi o novo desenho demográfico mundial decorrente do envelhecimento populacional e todos os desdobramentos que essa realidade, dada e irreversível, vem provocando nas últimas décadas, desde a formulação de documentos internacionais e nacionais que visam situar esse novo sujeito político como sujeito de direitos (entre eles o Estatuto do Idoso e as recomendações da Organização Mundial de Saúde) até as estratégias oficiais para enfrentar as consequências dessa nova configuração social, tanto no que diz respeito ao equilíbrio das contas públicas como no que se refere às novas demandas pertinentes ao cuidado que o aumento desse segmento etário vai causar.

A segunda motivação nasceu do meu envolvimento com outras pesquisas que me confrontaram com a questão do cuidado. Se por um lado esse é um tema muito discutido pela saúde coletiva – o que fica evidente através da vasta literatura disponível –, por outro, é um tema antigo e caro para as produções sobre família, embasadas pela teoria feminista, sobre as desigualdades de gênero evidenciadas nas práticas dessa atividade. Discussões de cunho político trazem à tona o fato de a mulher ser, preponderantemente, a responsável pelos cuidados – tanto no espaço público como no espaço privado – e todas as consequências que essa realidade acarreta na organização do dia a dia e na elaboração de projetos de vida das mulheres, o que incide diretamente nos aspectos econômicos e, conseqüentemente, nas relações de poder atreladas à divisão sexual do trabalho.

Encontrar um espaço de pesquisa que me permitisse visualizar tanto a lógica do cuidado praticado numa instituição pública de saúde como as práticas de cuidado dentro da dinâmica familiar me permitiria dialogar com ambas as realidades e avançar na compreensão do sentido polissêmico do cuidado (TRONTO, 2009). Nesse sentido, a comunidade da Guia revelou-se o lugar ideal, por sua diminuta dimensão e por haver muitos laços de parentesco entre seus moradores. No entanto, o campo me permitiu muito mais. A observação sistemática e as inúmeras conversas informais, além do diálogo com a literatura, me permitiram não só perceber a multiplicidade do cuidado, como também ter clareza de que para podermos nos aprofundar nessa discussão precisamos pensar

² A comunidade da Guia fica no município de Lucena, que por sua vez se localiza na região metropolitana de João Pessoa, Paraíba.

não só no “cuidado emotivo” (CERRI; ALAMILLO-MARTÍNEZ, 2012), mas em sua dimensão prática. As antropólogas Chiara Cerri e Laura Alamillo-Martínez (entre outras) discutem essa questão e afirmam que existe uma demanda afetiva e emocional associada ao cuidado, mas existe também uma dimensão prática, que envolve tempo, recursos, trabalho, a qual não pode ser negligenciada. Dar visibilidade a ambos os aspectos é fundamental para adentrarmos na dimensão política dessa discussão. Sendo assim, faz-se necessária a contextualização do espaço de pesquisa e do “postinho” (denominação local para o posto de saúde), aparato institucional que personifica a saúde pública na comunidade e *locus* privilegiado da observação empírica.

2.1 A comunidade e o “postinho”

A comunidade da Guia fica no município de Lucena (PB), mais precisamente no distrito de Costinha. Lucena localiza-se na região metropolitana de João Pessoa, Paraíba (região nordeste do Brasil), e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada em 2015 é de 12.804 mil habitantes, distribuídos nos 88,549 km² de área. A Guia é um pequeno lugarejo, com uma rua principal, uma paralela e poucas perpendiculares. Na rua principal existem casas simples, algumas aparentemente mais espaçosas, o postinho e, no final, a escola, que no momento da pesquisa estava desativada. A comunidade recebeu esse nome pois é onde está localizado o Mosteiro Nossa Senhora da Guia. Lá vivem 63 famílias, o que representa aproximadamente 300 pessoas, das quais 27 são idosas,³ de acordo com os dados fornecidos pela agente comunitária de saúde. Destes 27, 13 são do sexo masculino e 14 do sexo feminino. A população está dividida basicamente em dois grandes troncos familiares, o que significa que a maioria tem laços de parentesco entre si, particularidade que contou positivamente, considerando o objetivo da pesquisa. O acesso ao município acontece por balsa, que sai de hora em hora da região portuária de Cabedelo (JP) ou pelas rodovias estaduais PB-008, PB-025 e PB-019. No entanto, a balsa é mais utilizada por ser o transporte mais rápido e barato (LONGHI, 2016).

³ Consideramos idosos as pessoas que têm 60 anos ou mais, de acordo com a legislação nacional.

2.2 O postinho e seu cotidiano

O “postinho”, terminologia nativa, faz parte da Unidade de Saúde da Família (USF) de Costinha,⁴ o que significa dizer que a equipe de profissionais dessa unidade é responsável por assistir os moradores da Guia. Na prática, a médica vai ao postinho uma vez a cada 15 dias, no turno da manhã. Nos demais dias, salvo algumas exceções, o posto fica fechado e a médica atende na unidade de Costinha ou realiza atividades educativas (palestras, reuniões etc.), de acordo com a agenda da Secretaria da Saúde do município.

No “dia da médica”, como os moradores dizem, existe uma dinâmica especial na comunidade. A sala de espera está sempre movimentada, mas existe um vai e vem, já que todos estão muito próximos de suas residências. Ao longo do tempo fui conhecendo as usuárias e os usuários da unidade de saúde e suas relações de parentesco. O público era predominantemente feminino, mulheres na faixa etária entre 25 e 70 e tantos anos, e crianças, de ambos os sexos. Era comum chegarem duas mulheres, que podiam ser mãe e filha, sogra e nora, irmãs ou cunhadas, com duas ou mais crianças, e dividirem os cuidados com as crias. Algumas vezes, passado algum tempo, chegava uma terceira que “rendia” uma delas, a qual ia embora, provavelmente para dar conta de outro compromisso. Percebíamos que existia um compartilhamento das demandas e estratégias para equacionar as necessidades dentro das possibilidades de cada uma.

Não foram necessárias muitas visitas para confirmar alguns dados já registrados pela literatura: o espaço de saúde é um espaço predominantemente feminino, tanto quando falamos das profissionais como quando falamos das usuárias (entre outros, Nascimento, 2014). São cuidadoras oficiais e cuidadoras não profissionais que concretizam as ações de cuidado.

Apesar de estar interessada em entender os cuidados com os idosos e as idosas, fui percebendo ao longo do trabalho de campo que essas práticas são bastante pulverizadas e não seguem um sentido único. Presenciei filhas com suas mães idosas, preocupadas com os exames ou se comprometendo em acompanhá-las para realizar algum procedimento em Cabedelo ou João Pessoa; escutei uma nora contando que todos os dias dava injeção na sogra, que era diabética,

⁴ O município de Lucena dispõe de quatro unidades de saúde da família (USF): uma no Bairro Novo, uma em Fagundes, uma em Ponta de Lucena e uma em Costinha, à qual o “postinho” da Guia está vinculado.

pois só ela tinha coragem para fazê-lo; mas também observei idosas acompanhando suas filhas e netos e sendo aquela que ajudava a acalmar ou conter as crianças quando estas estavam mais agitadas. Também observei mulheres jovens, grávidas, acompanhadas de suas mães, além de inúmeras outras histórias que me mostravam que o cuidado era múltiplo e seguia sentidos variados.

Com o tempo fui me dando conta, indo ao encontro de relatos etnográficos (PALOMO, 2008), de que as idosas apareciam mais no lugar de cuidadoras do que no lugar de quem recebe cuidado. Cabe lembrar que eu **não** estava focando meu olhar em idosos e idosas debilitadxs, que precisavam de auxílio para realizar as atividades da vida diária (AVD).⁵ Certamente, nesses casos, a dinâmica era outra.

Acompanhei a história de um senhor que cuidava de sua esposa, que estava com Alzheimer, segundo diagnóstico médico, e nesse caso existia um discurso bastante queixoso por parte do marido, que se sentia sobrecarregado com as tarefas domésticas e com a assistência à esposa. Algum tempo depois, ela foi para a casa de uma filha que morava em São Paulo. Não irei me deter nessa história por não ser o foco da discussão neste texto, mas existiu nesse caso uma pressão social, pois o senhor não estava conseguindo dar conta da demanda e os demais familiares achavam que as filhas, que moravam longe, deveriam assumir os cuidados maternos. Nesse caso ficou bastante evidente que existe uma avaliação subjetiva e objetiva na hora de se decidir quem cuida de quem.

A realidade apresentada pelo campo me levou a perceber que, para além de quem cuida e quem é cuidado, as estratégias encontradas para a manutenção da vida eram construídas predominantemente pelas mulheres de diferentes gerações. Também fui, com o tempo, percebendo que outros elementos precisavam ser levados em consideração para de fato entender a dinâmica do cuidado, como tempo, recursos, aparatos tecnológicos e o equipamento público de saúde disponível.

Às vezes também via alguns homens, idosos, geralmente com problema de pressão. Apareciam em menor número, às vezes sós, às vezes acompanhados, mas a permanência na unidade de saúde era mais pontual.

⁵ Esta discussão mereceria um tempo maior, não disponível neste texto. Existe uma vasta literatura que se detém a estudar as relações entre cuidadores e pessoas que necessitam de ajuda para realizar as atividades da vida diária. Essa literatura mostra que esses cuidados são divididos entre o Estado, a família e o mercado, mas no nosso país a responsabilidade maior fica com as famílias, o que é reafirmado pelos documentos.

Também pude perceber que o posto era apenas um e não necessariamente o mais importante dos vários momentos que compõem a peregrinação em busca dos cuidados de saúde enfrentada pela população da Guia. As pessoas que tomam medicação controlada ou têm uma doença crônica, por exemplo, vão ao posto principalmente para pegar a receita. O próximo passo é ir à farmácia popular, que fica no centro de Lucena, em busca do remédio gratuito. Isso envolve pelo menos uma manhã ou uma tarde, pois o transporte público passa na comunidade apenas três vezes ao dia. A outra opção é o moto-táxi, mas é bem mais custosa. Quando não encontram o remédio, compram ou deixam de tomar até chegar a próxima consulta, decisão que certamente traz consequências para o seu estado de saúde.

Além de receita para a medicação, a médica é também a *intermediária* para a solicitação de exames. É ela que assina a requisição, mas é Dalva, a agente comunitária, quem as preenche e encaminha. Exames de sangue, fezes ou urina podem ser feitos em Lucena, mas exames de imagem precisam ser feitos em Cabedelo ou João Pessoa.

Dalva é uma peça chave no funcionamento do postinho. Ela reside na Guia e não apenas conhece todos os moradores como tem relações de parentesco com inúmeros deles. Praticamente sua família toda e também a de seu marido moram ali. Além de ser concursada, o que lhe dá um certo *status*, é uma pessoa muito “desenrolada”, com iniciativa. Na noite anterior à vinda da médica, ela passa na casa das pessoas que vão ser atendidas, avisando-as. Também é ela que faz o primeiro crivo quando surge um atendimento extra, mas geralmente todos e todas são atendidos. Ela dá conselhos, conhece o nome dos remédios, é uma referência na localidade. Enfim, a efetivação do cuidado depende tanto do sistema oficial de saúde existente no local, da equipe disponível, como dos recursos econômicos e técnicos, do gerenciamento do tempo e das possibilidades de deslocamento. Por outro lado, o cuidado também envolve os integrantes do grupo familiar e as relações de afeto, os conflitos, a circulação da dádiva e as avaliações morais. Existe uma dinâmica permanente de distribuição de tarefas, que são constantemente reorganizadas de acordo com critérios diversos que são acionados em função do tipo de demanda, do grau de proximidade afetiva, das hierarquias e das disponibilidades ou competências de cada um/uma. É uma complexa rede de relações e dispositivos que abrange toda a dinâmica social local.

Outro aspecto que o campo revelou e que merece ser ressaltado foi o fato de as idosas e os idosos se expressarem a partir da lógica da

autonomia e da independência. Em muitos momentos, quando tentava puxar o tema do cuidado, era comum idosos e também idosas narrarem situações que diziam respeito a seus cônjuges que já haviam falecido ou que estavam com problemas de saúde. No entanto, com relação a elas ou eles, o discurso que predominava era que não precisavam que ninguém cuidasse, pois tinham toda condição de dar conta da própria vida. O relato a seguir nos fez pensar sobre o discurso de autonomia e independência, bem como nos dispositivos institucionais que demarcam as prioridades e as fragilidades da saúde pública.

2.3 A sala de espera no dia da vacinação

Retornando à cena na sala de espera, senhores e senhoras conversam animadamente, brincando uns com os outros, enquanto aguardam sua vez, de acordo com a ordem previamente definida pela agente comunitária. O clima é de descontração, pois todos se conhecem e o ambiente é bastante familiar – em ambos os sentidos –, tanto porque existem entre eles muitos laços de parentesco como por todos se conhecerem há muito tempo. A vacina é o mote das brincadeiras. Cada um que chega é inquirido “veio tomar a vacina ‘mata velho’?” e todos riem. Na hora de entrar no consultório, a brincadeira continua – “precisa que alguém segure?”, fazendo analogia com as crianças, que choram e precisam, algumas vezes, serem contidas por um adulto. Num dado momento alguém começa uma enquete para saber a idade de cada um, pois defende que os mais velhos deveriam ser atendidos primeiro. Seu Cícero “ganha”, pois revela que tem 82 anos, informação que provoca espanto em alguns, pois sua aparência é de uma pessoa bem mais jovem; mas ele diz que não está com pressa e que vai esperar (de fato, ele é o último a sair do postinho naquela manhã). Pergunto a dona Ana, que está sentada ao meu lado, sua idade e ela diz que está com 76. Pensa um pouco e diz: “meu pai se foi com 72 e minha mãe, com 74. Já consegui passar os dois”. Fala isso com um ar maroto e afirma “estou fazendo certo, tô não?”.

Esta frase, à primeira vista simples, ficou ecoando em minha mente. Em primeiro lugar, pareceu-me interessante ela associar, quase que de imediato, a pergunta sobre sua idade à idade que seus pais tinham quando morreram. Além disso, essa informação estava na ponta da língua, o que pode nos falar sobre sua boa memória, mas também sobre o grau de importância dado ao fato. Pensei que também poderia ser um indicativo geracional. Conforme vamos envelhecendo,

vamos nos apegando aos referenciais que, acreditamos, podem nos ajudar a fazermos uma matemática que nos leve a prever o tempo que ainda teremos pela frente – a tal da “estimativa de vida” em sua versão doméstica. Risco, expectativa de vida, comparações... o que isso teria a ver com “estar fazendo certo”? E o que isso tem a ver com envelhecimento, cuidado, interseccionalidade e políticas públicas?

Também pensei no fato de ela ser mulher, idosa, negra, pertencente a um grupo de baixa renda (mas não miserável) e que dispõe de reconhecimento local; moradora de uma área que pode ser considerada rural e que se caracteriza mais por ser uma pequena vila. Neste momento penso em interseccionalidade no sentido usado por Piscitelli (2008), que entende o conceito como a intersecção de inúmeras categorias em espaços em que existe poder, diferenças que são produzidas, mas também onde há possibilidade de agência. Ser “dona Ana”, na Guia, com todos os demarcadores sociais, significa um jogo dinâmico de forças que sinalizam desigualdades, mas também agenciamentos estratégicos.

Outros elementos são passíveis de reflexão na cena narrada: idosos e crianças aguardando para receberem a vacina H1N1, fortemente recomendada pelo Ministério da Saúde, em um posto que é “um anexo” do PSF (nas palavras da médica), um programa nacional, atendidos por uma médica que faz parte do “mais médicos”, outro programa nacional. Fica evidente a inserção da saúde pública no município, mesmo que com contornos locais.

Dona Ana, com sua fala, nos faz pensar. É possível perceber que ela, a partir de seus critérios construídos socialmente, conclui que “está fazendo certo”. Mas o que essa frase nos diz? O que é “fazer certo”?

Por um lado, a frase nos fala de uma decisão, de uma tomada de posição e do sentimento de estar tomando as decisões acertadas, já que os resultados são positivos. Nas palavras de Foucault, “o poder só se exerce sobre ‘sujeitos livres’, enquanto ‘livres’ – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer” (1995, p. 243-244). Dona Ana se orgulha de sua conduta, no entanto, ao usar a palavra “certo”, subentende-se que existe o errado; certo/errado são valores construídos socialmente, coletivamente, mas que ao mesmo tempo remetem à ideia de liberdade e autonomia. Dona Ana se orgulha de já ter “ultrapassado” seus pais e continuar viva, atribuindo esse “sucesso” a si e às suas escolhas.

Mas a cena também revela uma certa tensão. Os idosos, na hora em que brincam e falam que vieram tomar a vacina “mata velho”, se utilizam da jocosidade (LOWIE, 1920) para expressar uma certa desconfiança com relação à eficácia da tecnologia imposta pelo Estado. Quando um idoso toma a decisão de não ser vacinado, como aconteceu com o marido de dona Maria (que também estava presente na sala de espera), o fato é comentado discretamente, como um segredo, afinal neste caso ele não está fazendo a “coisa certa”, pelo menos considerando o ponto de vista da saúde oficial, e torna-se alvo de julgamento moral. Dona Maria comenta, em voz baixa, que o marido falou para Dalva que não estava se sentindo bem, mas que era mentira, pois a verdade era que ele não queria tomar a vacina. Nesse caso, a “autonomia” é vista como transgressão.

A cena acima nos fala sobre trajetórias individuais, mas nos fala também dos contornos que a saúde pública assume e de como atuam como mecanismos de disciplinamento.

3 Algumas reflexões

Ao longo de dois anos de pesquisa, leituras e diálogos acadêmicos, as inquietações permanecem, mas foram ganhando novos contornos e maior nitidez, o que possibilitou, no meu modo de ver, maior refinamento nas percepções e nos questionamentos.

Em primeiro lugar, penso o cruzamento entre envelhecimento e cuidado dentro de uma perspectiva do curso da vida, o que significa dizer que o envelhecimento diz respeito aos aspectos físicos, mas fundamentalmente ao contexto sócio-histórico e às dimensões econômicas e políticas. Em segundo lugar, o envelhecimento não repercute apenas na vida de um indivíduo, mas mexe com toda a dinâmica familiar e social; por fim, penso o cuidado como algo inerente à existência humana (TRONTO; FISCHER, 1990) e que está presente em todas as relações, apesar de invisibilizado numa sociedade que nomeia a “vida adulta” como aquele momento no qual o ser humano se encontra no ápice de sua autonomia e independência. Focamos o cuidado predominantemente em ações dirigidas às crianças, às pessoas com necessidades especiais e aos idosos e idosas. Esse direcionamento traz algumas consequências: primeiramente, definimos, *a priori*, que são esses os segmentos sociais que precisam de cuidados, em detrimento de outros, sem problematizarmos a abrangência dessas

categorias. Por outro lado, esfumamos toda uma gama de cuidados que acontecem cotidianamente, em todas as dimensões da vida, perpassando todas as relações sociais, fato que limita a incorporação de uma perspectiva política e de poder, intrinsecamente associada ao cuidado. Vários autores têm discutido essa questão e inclusive alguns defendem uma política feminista do cuidado (ZIRBEL, 2016), que teria como pressuposto conceber o cuidado “como parte de la vida humana y asumir la vulnerabilidad y la dependencia de todas y todos como elementos constitutivos de la existencia y experiencia humana” (OROZCO; GIL, 2011 apud CERRI, 2012, p. 133).

Por outro lado, quando enfocamos a categoria velho/velha, deslizamos, com certa facilidade, para discussões sobre saúde, direcionando as possibilidades de análise. Isso se acentua se o foco é a discussão sobre cuidado.

Tanto o trabalho de campo como o aprofundamento na literatura têm mostrado ser fundamental contextualizarmos e historicizarmos, deixando claro de que geração de idosos estamos falando. Falarmos de pessoas que vivem na área rural e que “estão” velhas em 2018 abre a possibilidade para uma configuração própria, que pode ser bastante diferente daquela que encontraríamos se estivéssemos falando de alguém que vive no espaço urbano, ou então, pensando na questão geracional, naqueles que tinham mais de 60 anos na década de 1980.

Voltando à fala de dona Ana, quando ela se compara aos seus pais e afirma que está fazendo certo, pois já está vivendo mais do que eles viveram, ela nos ajuda a pensar um outro aspecto, que é pouco explorado quando pensamos em idosos que vivem em espaços rurais, que diz respeito à incorporação de direitos. No Brasil, até a Constituição de 1988, algumas medidas governamentais caminhavam no sentido de garantir os direitos dos aposentados. Após a Constituição de 1988 e a criação do SUS, em 1990, não é mais o trabalhador, mas sim todos os cidadão e cidadãs que passam a ser sujeitos de direito das políticas públicas. Do ponto de vista dos formuladores dessas políticas, dois aspectos foram centrais no que diz respeito às pessoas consideradas idosas (no caso, pessoas com mais de 60 anos): a independência financeira e a autonomia para dar conta das atividades da vida diária, dois aspectos considerados indicadores de fragilidade quando pensamos no envelhecimento populacional.

As políticas que tratam dessas dimensões da vida são as de geração de renda e as de cuidados de longa duração, mas elas seguiram caminhos diferentes. Se a aposentadoria passou a ser um direito universal

e caracterizou o idoso como sujeito de direito, independente dos vínculos familiares, no que tange aos cuidados de longa duração, os textos oficiais apontam o Estado e a família como responsáveis por suprir essa demanda. Caso o idoso ou a idosa necessite de cuidados para realizar as atividades da vida diária (AVD), o Estado assume essa responsabilidade somente quando a família não dispõe de recursos ou não existe. Sendo assim, o mesmo sujeito é percebido por diferentes perspectivas, dependendo do enfoque e do tipo de necessidade de que se está falando.

No caso de pessoas que vivem na área rural, a garantia da aposentadoria ou do benefício para todos, mesmo para aqueles que não tinham carteira assinada, promoveu uma verdadeira revolução. Pessoas que viviam em condições bastante precárias, sem direitos trabalhistas, começam a ter direito à aposentadoria a partir dos 60 anos (SABOIA, 2004; CAMARANO, 2004). Mesmo sendo um valor modesto, essa realidade mudou significativamente o *status* do idoso/da idosa em seu grupo familiar. Muitos dos meus interlocutores e das minhas interlocutoras ilustraram essa situação. Quando perguntava como estava a vida, diziam que estava ótima, pois não dependiam de ninguém e muitos deles inclusive ajudavam filhos e netos. Sendo assim, para esse grupo que trabalhou durante muitos anos de sua vida em condições bastante adversas, sem nenhum tipo de segurança, a velhice pode ser vista como um período de tranquilidade e de reconhecimento social, mas apenas porque eles chegaram à velhice quando esses direitos já estavam incorporados em todo o território nacional. Tal delimitação é importante para não generalizarmos nem tirarmos o peso das transformações históricas. Os pais de dona Ana certamente não devem ter sido contemplados com esse benefício. Naturalmente isso não está diretamente associado à idade que eles tinham quando morreram, mas indica um diferencial entre as duas gerações.

Diante do momento político que estamos vivendo e das propostas de mudança nas leis trabalhistas e previdenciárias que estão tramitando, não podemos afirmar que os filhos de dona Ana terão o mesmo benefício que ela, e certamente isso incidirá na forma como eles vão viver o período da vida denominado “velhice”. Segalen (2001), falando da França, afirma que o fato de os idosos serem independentes economicamente contribui para a boa relação entre as gerações, principalmente entre avós e netos.

No entanto, o cuidado, quando incorporado pelas políticas, permaneceu atrelado à instituição familiar, o que na prática envolve mulheres de diferentes gerações (PALOMO; TERRÓN, 2015). Esse fato tem grande relação com a dificuldade em avançarmos nas discussões

sobre o que tem sido chamado de “política do cuidado”, pois a tendência é olhar para essas demandas como algo que diz respeito ao privado, dissociado do espaço público.

Outra questão que foi assimilada nas últimas duas décadas em todas as instâncias dos documentos, nacionais e internacionais, e a que de alguma forma a fala de dona Ana nos remete é o paradigma do “envelhecimento ativo”.

O Brasil, como Estado-membro da ONU, tornou-se signatário do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de 1982 e do de 2002, em Madri, o que, na prática, significou incorporar o tema do envelhecimento e dos direitos dos idosos em sua agenda política (SIQUEIRA, 2014). Alguns desdobramentos disso foram a criação de três documentos, fundamentais para a efetivação de políticas públicas para este segmento social: a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que em 2006 passou para “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” (PNSPI).

Ainda falando do cenário internacional, em 1995 a Organização Mundial de Saúde (OMS) substituiu o programa Saúde do Idoso pelo programa Envelhecimento e Saúde, alteração que significou uma mudança de paradigma, pois passou a abranger uma perspectiva de *curso da vida*, o que indica uma mudança de direcionamento: preocupar-se com o envelhecimento passa a ser algo que diz respeito à vida como um todo. Em 2005, a OMS elabora o documento “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”.

No Brasil, em 2009, na 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa no Brasil, é estabelecido o pacto pelo Envelhecimento Ativo e Saudável. De acordo com Siqueira (2014), “o envelhecimento ativo” tornou-se o eixo central da política de saúde brasileira. Segundo a autora:

A proposta de envelhecimento ativo e saudável engloba aspectos mais amplos como a integração entre saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (SIQUEIRA, 2014, p. 77).

A proposta afirma que todos os segmentos da sociedade (família, Estado, sociedade civil e o próprio indivíduo) devem ser participantes ativos na implementação dessa política. No entanto, na prática, alguns aspectos ganham maior relevância do que outros e o indivíduo acaba sendo o grande “responsável” pela forma como envelhece.

Além disso, a palavra “ativo” implica manter-se independente e autônomo e, conseqüentemente, não precisar ser cuidado. No Brasil, na contemporaneidade, somos permanentemente bombardeados com informações e recomendações nos dizendo o que devemos fazer para envelhecermos “bem”. Essas recomendações variam dependendo do segmento social e de quem é o interlocutor, mas inevitavelmente somos informados (pela grande mídia e pelas redes sociais) de que precisamos fazer exercícios regulares, nos alimentar de forma saudável e evitar a bebida e o fumo, caso contrário estaremos comprometendo irremediavelmente nossa vida futura. Como cada grupo vai incorporar essas informações e transformá-las em ações vai depender do local de moradia, das condições socioeconômicas, dos grupos com os quais convivem, dos recursos econômicos e tecnológicos disponíveis. No entanto, a responsabilização será sempre incorporada. Para dona Ana, ela está *fazendo certo* e por isso permanece viva, ativa e independente; a comprovação disso é já ter superado os pais no tempo de vida, seu parâmetro de comparação.

4 Algumas últimas palavras

Para concluir, gostaria de fazer algumas observações finais sobre aspectos do trabalho que mereceriam um maior aprofundamento, mas que o tempo não permitiu. Em primeiro lugar, optei por denominar “idosa” aquela pessoa com 60 anos ou mais sabendo que esta é uma definição arbitrária e suscetível a críticas totalmente pertinentes. No entanto, como também discuti políticas públicas, achei que seria coerente acatar (mesmo que com restrições) a demarcação oficial. Ainda no que diz respeito à abrangência da definição de “velho” nos documentos oficiais, sabemos que, com o aumento da expectativa de vida, a abrangência dessa categoria etária será muito maior e aglutinará pessoas em momentos de vida muito diferentes. É muito diferente falarmos de pessoas entre 60 e 70 anos e, por outro lado, pessoas de 80, 90 anos. Os idosos mais velhos certamente são aqueles que demandam mais fortemente cuidados para realizar as atividades da vida diária, e boa parte da literatura que discute cuidado e velhice está interessada em pensar nesse grupo e nas inúmeras (im)possibilidades para lidar com esse momento de vida. Meu foco foi outro. Quis me deter naquelas pessoas que são denominadas idosas mas ainda mantêm relativa autonomia e independência, justamente para dar visibilidade e problematizar esses

conceitos e refletir como eles estão incorporados na organização social numa lógica binária que separa espaço público e privado, isolando dimensões da vida que estão, de fato, permanentemente dialogando. Este é um aspecto que merece ser mais estudado e aprofundado.

Por último, gostaria de ponderar que os cuidados efetivados no seio das dinâmicas familiares são também fonte de conflitos, mágoas, cobranças e coerções, e essa dimensão também precisa ser iluminada e aprofundada para que consigamos avançar na incorporação do cuidado como uma categoria de análise.

Referências

- CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CERRI, C.; ALAMILLO-MARTÍNEZ, L. La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, v. 28, n. 2, 2012.
- DELGADO, G. C.; CARDOSO JR., J. C. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- FISCHER, B.; TRONTO, J. Toward a feminist theory of caring. In: ABEL, E.; NELSON, M. (Ed.). *Circles of care*. Albany: State University of New York Press, 1990. p. 36-54.
- LOWIE, R. H. *Primitive society*. New York: Boni and Liveright, 1920.
- NASCIMENTO, P. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- PALOMO, M. T. M. Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, v. 45, n. 2, p. 29-47, 2008.
- _____. El care, un debate abierto: de las políticas de tiempo al *social care*. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, v. 4, p. 325-355, 2009.
- PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, v. 11, n. 2, p. 263-274, jul./dez. 2008.
- SABOIA, J. Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SIQUEIRA, M. D. “*Vivendo bem até mais que 100!*”: envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TRONTO, J. *Un monde vulnerable: pour une politique du care*. Paris: Éditions la Découverte, 2009.

ZIRBEL, I. *Uma teoria político-feminista do cuidado*. 2016. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.



Ajuda mútua, comunidade terapêutica e a regulação moral dos adictos

Rosa Virgínia Melo

1 Introdução

Este capítulo baseia-se em uma pesquisa etnográfica realizada com um grupo de ajuda mútua e comunidade terapêutica (CT) para sujeitos designados portadores de uma doença crônica. Nesse complexo terapêutico de inspiração religiosa e gestão não congregacional, os dependentes químicos ou adictos são percebidos como sujeitos que sofrem de uma “doença incurável, progressiva e fatal”, mas passível de tratamento.

Meu objetivo é discutir o modo como esse regime de verdade que constitui a “doença da dependência química” atualiza-se nos espaços etnografados.¹ Sob essa perspectiva, apresento e analiso os discursos dos membros coesos em torno das categorias “doença” e “adicto” e o que esses termos comunicam e produzem em relação a noções locais de pessoa e família.

A metodologia central do programa das ações locais baseia-se nos “Doze Passos de Alcoólicos Anônimos”, cujos princípios são o reconhecimento da impotência perante o álcool e as outras drogas

¹ O universo das comunidades terapêuticas no Brasil é bastante heterogêneo, por isso a análise refere-se exclusivamente ao espaço em tela.

e a imprescindibilidade da abstinência. O discurso da noção de dependência química veiculado pelos atores sociais no contexto de pesquisa é aqui analisado levando em conta o caráter ritualístico de difusão, por meio das “partilhas” – as narrativas de sofrimento, esperança e fé dos envolvidos –, através das quais constroem e divulgam os sentidos da doença e da saúde. Veículo fundamental do tratamento, segundo minha análise, a “partilha” é um ritual de fala entre pares que segue um padrão de reconstrução do passado indesejado com vistas ao presente de transformações. A exegese nativa identifica a partilha como “um remédio que entra pelo ouvido enquanto a doença sai pela boca”.

O sentido da “dependência química” local concorda com o princípio da falta de controle sobre a vontade de usar a substância, resultado de um longo processo no desenvolvimento do pensamento social decorrente de mudanças estruturais do mundo industrial e capitalista. A falta de controle sobre o comportamento desde os séculos XIX e XX passa a ser vista como um tipo de desordem da vontade que confere ao sujeito uma identidade deteriorada e fixa, e é em meados do século XX que adquire o estatuto de doença (LEVINE, 1978).

Organizações privadas formadas por grupos interessados na recuperação de bêbados contumazes remontam ao século XIX, com o movimento da temperança, cujo fruto mundialmente conhecido é o Alcoólicos Anônimos. O que se conhece hoje como os Doze Passos ou o modelo de AA (RAIKHEL; GARRIOT, 2013; LEVINE, 1978; FERREIRA, 2013) compõe um campo vasto, heterogêneo e pouco estudado no Brasil de serviços de cuidado em saúde mental que se desenvolveram da união de leigos, profissionais e religiosos na construção da noção da citada doença, atualmente classificada em protocolos científicos.

O universo pesquisado participa desse campo derivado das sinergias religiosas, leigas e científicas depositadas no fenômeno da adicção. As razões da adicção no complexo terapêutico em tela estão depositadas no sujeito, interiorizando a doença, localizada naqueles que têm uma “tendência”. O método do cuidado empreendido foge à racionalidade biomédica e toma força por meio da aposta central, mas não exclusiva, na conexão com o “poder superior”. Interpretações de tal poder geralmente apontam para forças metafísicas, o que não impede de, por vezes, a “força superior” ser percebida como advinda do próprio grupo.

A meta da sobriedade como resultado desejado do tratamento supõe a imprescindibilidade da abstinência, idealmente internalizada como conquista de uma “liberdade de não usar”. Abster-se de álcool e de

outras substâncias psicoativas é criticado por alguns profissionais da saúde como medida autoritária, haja vista que não contempla o usuário em sua singularidade e as diferentes possibilidades de escolha, destituindo-o de sua autonomia ao instituir uma subjetividade dominada.

Tais controvérsias quanto ao método financiado pelo governo federal devem ser compreendidas a partir do marco histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Lei nº 10.216/2001, e do artigo 2º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que trata das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, segundo as quais a redução de danos torna-se uma normativa a ser seguida pelos equipamentos de saúde. Nesse modelo psicossocial da reforma, a pessoa com transtorno mental (aí incluída a “dependência química”) é reconhecida como sujeito de direito, e a oferta terapêutica deve privilegiar o serviço de base ambulatorial e não asilar para a promoção de uma organização autônoma, cidadã e que priorize uma intersubjetividade horizontal.

À crítica ao perfil conservador atribuído ao método de inspiração religiosa baseado na abstinência² soma-se a controvérsia pública provocada pelo financiamento federal, assim resumido: o Decreto nº 7.179, de maio de 2010 (modificado pelo Decreto nº 7.637) institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, que prevê, além do serviço público de saúde, a inclusão de entidades privadas nas ações de tratamento. Em 2011, as CTs passam a ser declaradas de interesse público legítimo, dado que representantes da sociedade civil, com o aval da RDC ANVISA nº 29, de 2011. A primeira medida sanitária que incluiu as CTs foi em 2001, que operou nos níveis municipal e estadual. Importante alteração efetivada em 2011 foi a queda da obrigatoriedade de o profissional atuante no espaço ser um profissional de saúde ou assistência social, incluindo qualquer formação profissional de nível superior compatível.

As CTs que trabalham com internação voluntária passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, como atenção residencial de caráter transitório, classificada como equipamento social, não de saúde. A inclusão é oficialmente justificada pela crescente demanda por tratamento e pelos limitados recursos metodológicos e humanos disponíveis. A medida prevê o funcionamento das CTs de forma articulada com a atenção básica e CAPS.

² A vertente da psiquiatria cognitivo-comportamental tem a abstinência como meta do tratamento, pouco visível no contexto das controvérsias públicas no contexto da saúde mental aqui contextualizadas.

Os principais opositores das CTs religiosas (SOUZA; GOMES, 2017) no cenário nacional são o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Serviço Social, a Secretaria de Direitos Humanos do governo federal, a Defensoria Pública de São Paulo – núcleo de cidadania e DH e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Os termos gerais do argumento contra a participação das CTs no SUS referem-se à defesa do Estado laico, à redução de danos, ao antiproibicionismo e à oposição à abstinência em internação, percebida como um regime que é de segregação e que desqualifica o sujeito, retirando-lhe autonomia. Assim, a legitimação das CTs romperia com princípios da Reforma Psiquiátrica e retiraria apoio financeiro do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Enquanto o AA não participa de financiamentos ou debates públicos, afinidades entre posicionamento da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) com políticas proibicionistas de drogas também são incluídas nas críticas.

Diligências do CFP vistoriam CTs diversas, financiadas ou não pelo Estado, e fazem denúncias de desrespeito aos direitos humanos (CFP, 2011), num espectro que inclui tortura, maus-tratos, laborterapia e participação compulsória dos residentes em cultos religiosos.

O argumento do Estado laico supõe o não envolvimento deste com a religião, e essa relação surge como inaceitável. Tal perspectiva tensiona a disputa por espaços de legitimidade de discursos e práticas que dizem respeito à vida privada e à orientação no mundo (BOURDIEU, 1990). Esse cenário de antagonismo entre promoção da saúde pública e religiosidade remete à psicologização no Brasil e a suas tensões com o *habitus* religioso tradicionalmente ativo no tratamento dos transtornos físico-morais (DUARTE, 2000).

No Brasil, a pretensão de uma separação entre saúde e religião data de 1881, quando o sanatório sai da gerência religiosa e passa à administração médica (MONTERO, 1985). A inclusão das CTs representa a atualização da religião agindo no campo da saúde, considerada pelo autor francês como exterior à esfera tradicional da atuação da Igreja. Em outras palavras, o que temos no Brasil é a união de dois universos de conhecimento que se reconfigura na medida em que, no contexto abordado, a religiosidade, não congregacional e sem sacerdotes, tem que negociar com o Estado sua participação no tratamento de saúde. A leitura dos dados parece apresentar um cenário no qual a religião reelabora seu espaço de atuação na esfera pública através de mediações leigas no campo da saúde, o que gera tanto visibilidade quanto controvérsias.

A metodologia dos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos, não obstante as contundentes críticas que recebe por sua identificação religiosa, também é utilizada em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas profissionais, clínicas públicas e particulares de reabilitação e abrigos públicos, o que desloca a suposta nitidez das fronteiras do Estado laico. Por outro lado, a CT pesquisada, Fazenda do Senhor Jesus, cultiva sinergias morais com supostos valores modernos, como o autoconhecimento e o estatuto da ciência, mesmo que sob leituras específicas, como veremos adiante.

2 Metodologia de pesquisa

Os dados coletados são fruto de etnografia e de entrevistas gravadas com participantes das salas de ajuda mútua e da comunidade terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, contratada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça. Entre os entrevistados há um predomínio da classe trabalhadora. No momento da pesquisa, não havia nenhum residente de classe média, casos aparentemente raros, mas constantemente mencionados para atestar um dizer comum no campo da dependência química: o de ser cego à classe social.

Entre os usuários do serviço terapêutico das salas de ajuda mútua que funcionam em apoio à CT, a classe média e os “batalhadores” são presença predominante, sendo alguns poucos usuários provenientes da “ralé” brasileira (SOUZA, 2010). De modo desigual, classe média e “batalhadores” detêm habilidades técnicas e profissionais conducentes a um ofício, enquanto a ralé é desprovida de meios eficazes de reprodução social e é mais distanciada das condições pré-reflexivas conducentes à aquisição de capital social, que, como veremos, é crucial às elaborações pedagógicas do método que visa à ressocialização.

Os nove usuários entrevistados na CT trazem biografias relativas a trabalho informal, formal em empresas públicas e privadas, desemprego, turbulência emocional, rupturas familiares, venda de drogas, roubos, passagens pela delegacia e longo histórico de uso de substâncias psicoativas legais e ilegais. Entre estas, a ênfase dos prejuízos é dada ao álcool e ao crack; a maconha não raro figura como calmante e o tabaco é fumado no estacionamento das salas, mas proibido na CT. As quatro mulheres entrevistadas – três “residentes” em CT e uma frequentadora da sala – estavam desempregadas e tinham cursado o ensino fundamental; um “residente” e um “perseverante”

(abstêmio) cursavam o ensino superior em pequenas faculdades privadas, sendo um funcionário de uma empresa de serviços de venda e o outro, desempregado; os outros três homens tinham concluído o ensino fundamental e tinham trabalhado, antes da internação na CT, como motorista de ônibus, cortador de carne em frigorífico e jardineiro. Nenhum dos usuários do complexo terapêutico que se ofereceram para entrevista esteve detido em presídio.

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de janeiro e agosto de 2014, nas salas de ajuda mútua nomeadas Nata (Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólicos) e Nafta (Núcleo de Apoio aos Familiares de Toxicômanos e Alcoólicos), na Paróquia da Igreja Santa Cruz e Santa Edvirges, em Brasília, às segundas-feiras, no horário de 19h30 às 21h30.³ Assim como os parentes do residente da CT, eu, se quisesse conhecer a Fazenda, teria que ter uma frequência regular no grupo de ajuda mútua, o que se revelou fundamental para a compreensão do método terapêutico.

A proposta terapêutica que visa a uma “transformação no estilo de vida” articula a noção de autoconhecimento e, portanto, supõe um alinhamento com valores de classe ou de trajetória pessoal correspondentes para a eficácia do modelo de tratamento. Se as tecnologias de si que visam à organização do comportamento de acordo com uma moral socialmente adequada ancoram-se em dimensões cognitivas e emotivas do sujeito (GIDDENS, 2002), a quais *ethos* e visões de mundo relaciona-se a construção dos caminhos de relação a si no modelo de tratamento do complexo terapêutico?

3 Nas salas e na Fazenda

A Fazenda do Senhor Jesus, no Distrito Federal, é uma modalidade não clínica de CT (LEON, 2003), existe há 30 anos e baseia-se na tríade metodológica dos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos, da Oração da Serenidade e dos Princípios do Amor Exigente. É gerida pela mantenedora Sociedade de Empenho na Recuperação de Vidas (Servos). Segue o modelo da Fazenda de Campinas (SP), fundada em 1978 pelo Padre Haroldo Rahm, quem iniciou no Brasil o movimento “Amor Exigente”, versão do livro *Tough Love*, publicado em 1968, nos Estados Unidos.

³ Para uma etnografia mais detalhada do complexo terapêutico, cf. Melo (2016).

O capital social dos fundadores e da mantenedora é relevante no período de formação e consolidação do complexo terapêutico, evidenciando-se na condição socioeconômica das três famílias fundadoras e nos recursos acionados em consultas a autoridades, seja para a efetivação dos colaboradores da “obra”, seja para o melhor método de interceptação da correspondência dos residentes, cujas cartas seguem em envelope próprio, aberto – tática para evitar “violação de correspondência”, também utilizada em presídios.

Os três casais que deram início à comunidade terapêutica, segundo uma das mães (a qual segue na diretoria), uniram-se devido à “necessidade”, pois ela, como os demais, havia tentado todos os recursos especializados em “drogadição” na época, como internações, psicoterapia, psiquiatria, muitos remédios, na tentativa de recuperar seu filho, que, expulso dos colégios, “havia se tornado um delinquente, [...] roubava, assaltava”. Essa mãe afirma ter conhecido o “poder de Deus” com a drogadição de seu filho. Segundo ela,

[...] Depois só com a ajuda de Deus, sabe por quê? Porque não tinha ninguém. Não é que ninguém quisesse me ajudar... Ninguém entendia, diziam que sabiam, eu fazia, dava errado. Um dia eu conheci o padre Haroldo. Aí, eu fui fazendo o tratamento uma vez por semana pelo telefone. E ele fazia sugestão. Foi assim que eu fui, por acerto e erro. “Mas segura bem na mão do poder superior”. E aí eu comecei a aplicar o que se chama hoje de Amor Exigente. [...] É simples: colocação ou recolocação de limites. Eu ia rezando e Deus me ajudando... Foi ele quem me deu força para eu aplicar o AE. O padre Haroldo falou: “Mãezinha, tem que ter autoridade porque eles são frágeis. Eles têm que ter algo firme para olhar e dizer: ‘Essa pessoa é minha segurança’”. Aí eu comecei a aplicar, colocar os limites, cortei tudo: não dar dinheiro, não dar roupa, não dar comida. [...] Nesse dia me deu um ânimo extra-humano, que eu era tão fraca, tão chorosa. “Acho que hoje eu vou entregar meu filho na mão de Deus, Jesus toma conta!” Eu me arrumei, ele chegou, gritando e coisa. Eu disse: “Meu filho...”. E nesse dia eu não tive medo dele. Eu falei: “Meu filho, eu te amo e tudo, mas o que eu quero te dizer, tudo o que eu posso te dar de ajuda é a Fazenda do Senhor Jesus, em Goiânia”. Ele se enfureceu, quebrou aqui tudo.

Nessa ocasião o filho tinha 12 anos de idade. Após uma série de procedimentos de segurança, a mãe o manteve longe de casa, ocasionalmente dando-lhe dinheiro e roupas, que ele trocava por drogas, até

que aos 19 anos de idade ele rendeu-se e, num telefonema em que dizia não querer morrer, aceitou a internação. Isso foi há 29 anos e, apesar de três recaídas, ele não recorreu à família, pois “na Fazenda ele aprendeu os instrumentos para poder lidar com a recaída”. É um exemplo bem-sucedido. Estudou, fez mestrado em jornalismo, pratica técnicas corporais orientais e é concursado de nível superior.

De acordo com uma ex-diretora, que exerceu o mandato de presidente por duas vezes consecutivas,

[...] a diretoria vai se formando por pessoas que chegam assim, com muita vontade de manter o trabalho porque receberam benefícios, então acabam frequentando lá os nove meses, a reunião da família dos residentes. Aos poucos vão se engajando.

Enfatizam o valor comunitário ao mesmo tempo que individual no tratamento, ou seja, não se trata de um culto ao particular, mas ao que é compartilhado. O grupo de residentes é para ser vivido como um único grupo. De acordo com a ex-diretora, “ou o grupo se une ou quem não está unido ao grupo tem que sair”.

A “doença da dependência química”, nos termos locais, atinge a pessoa inteira, “é mata desmoralizando”. A “adição ativa” é a expressão cabal da “insanidade”. Há um claro rechaço ao uso de psicofármacos em favor de uma transformação do “estilo de vida”, uma correção moral de pensamentos e atitudes, estabelecida na norma de “evitar HLP”, “hábitos, lugares e pessoas”, como sanções contra as “coisas da ativa”, e o esforço é “só por hoje”, termo que modula o enfrentamento diário para a conquista da “sobriedade”. Na Fazenda é vetado o uso de óculos escuros, bonés e camisetas com referências a artistas de música tidos como “lembranças do tempo de ativa”.

Na comunidade terapêutica, as hierarquias presentes no valor central da abstinência de qualquer substância psicoativa devem-se à correlação entre “vício” e “perda de controle”, decorrente da personalidade do adicto. A abstinência surge, então, como via para o alcance da “sobriedade”, como um lugar da afirmação de uma identidade positiva. As técnicas disciplinares que visam inculcar no sujeito elementos para uma base moral e religiosa oferecem padrões normativos de conduta social ao sujeito percebido como “em recuperação”. A introjeção das técnicas de si legitima a saída temporária da sociedade na qual o sujeito aprendeu padrões negativos de conduta e da qual precisa distanciar-se para entrar em regime de residência terapêutica, em que novos valores “espirituais” serão praticados, “só por hoje”, em parceria com iguais.

A busca por substituição de uma identidade negativa por uma positiva faz um contraste entre ampliar o espaço existencial e reduzir o espaço de trânsito social, pois o tratamento prescreve a evitação de lugares e pessoas que possam desencadear hábitos do tempo “da ativa”. O adicto em recuperação teria, na companhia de seus pares e familiares solidários, um refúgio de um mundo ameaçador.

De acordo com a já referida ex-presidente da obra, “A gente não entra no dogma porque a gente não está fazendo catequese, que é o enquadramento. É cristão o nosso trabalho. Para mim, Deus é amor e Jesus veio para falar disso”. Em diversas falas, o termo “espiritual” é usado mais amiúde que “religião” e é percebido como desvencilhado deste, o que se tornou possível a partir da categoria de “espiritualidade”, cujo sentido recorre à interioridade do sujeito, desvencilhado de dogmas institucionais.⁴ Católica que frequenta a missa diariamente e diz sentir o preconceito da sociedade sobre sua prática, a ex-diretora segue e expressa a arrematada fé católica do amor incondicional acerca do caso de um suposto residente que

[...] matou, estuprou, foi preso cinco vezes. Tá, mas o que você fez lá atrás é só não repetir, não querer mais isso pra tua vida. O que a gente quer é que eles vivam o amor de Deus e que eles consigam entender que tudo o que eles fizeram lá para atrás não prejudicou em nada a vida deles, que Deus ama do mesmo jeito.

Questionei sua lógica calcada num mundo pautado pela graça de Deus e ela seguiu dizendo que

[...] ela pode ser má, mas ela precisa de atenção, ela precisa de carinho, ela precisa ser vista. A gente é tão carente, com família estruturada, casa, tudo, ainda vou fazer terapia. Imagina essas pessoas que viveram uma realidade tão louca e diferente da nossa!

Não obstante ser frequente o dito de que “dependência química não vê classe social”, a fala acima sugere haver uma percepção de diferença de classe por parte de alguns agentes institucionais e dos frequentadores do complexo, que partilham a mesma comunidade de valor, mas não a mesma comunidade de vida (Mariz, 2006).

⁴ Esse tema tem sido investigado por autores dedicados aos novos movimentos religiosos na modernidade que priorizam a interioridade (cf. HERVIEU LÉGER, 2008).

Nas salas é exercitada uma disposição para a introjeção dos conceitos ordenadores, a começar pela verdade da doença do adicto: “Aqui é para quem quer, para quem aceita a doença” (Perseverante). Em continuidade, uma idealização da CT é fomentada antes da internação e é constantemente performada pelos agentes envolvidos. A dinâmica das salas está orientada para uma construção de caráter positivo da eficácia do tratamento mediante sua adequada vivência, ou seja, a introjeção de três valores básicos: a graça divina, a ação individual e a aceitação de papéis familiares e sociais. Acrescento que ouvi, diversas vezes, que nem todo adicto precisa de internação, pois por vezes a frequência aos “grupos” é suficiente para a conquista da “sobriedade”, o que sublinha a eficácia atribuída à dinâmica das salas baseada na “partilha”.

O reconhecimento da perda de controle perante a substância é o primeiro código dos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos. O passo seguinte é “[...] acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade”. É comum ouvir nas salas o que declarou um “perseverante”, durante a partilha, quando meditava sobre seus “defeitos de caráter”: “A droga, eu respeito ela, ela é maior do que eu, porque é um dragão adormecido; você coloca uma droga para dentro, ele acorda”.

Nota-se entre residentes e perseverantes um temor da recaída. No cronograma do residente na Fazenda, há uma atividade específica para tratar do esforço de recuperação, na qual se trabalham a mudança do “estilo de vida” e os cuidados devidos com a recaída:

[...] eles vão identificar quais são os passos da recaída – 1º, 2º, 3º. Um dos passos da recaída é quando a pessoa diz: “Ah, eu não preciso de grupo, eu não preciso de fulano”. Quer dizer, a humildade já recaiu. [...] Quando ele chegar aqui nesse último é que ele vai usar o álcool e a droga. Aqui já foi embora a humildade, a espiritualidade, família, emprego” (Secretária).

A categoria da “recaída” expressa um conjunto de desvios morais cujo passo final é o “uso”, a derrota diante do apelo da substância, entrega que sela um encadeamento de recaídas, iniciado no pensamento e nas atitudes diárias. Presenciei na sala da perseverança algumas “partilhas” pós-recaída e, numa ocasião, um perseverante referiu-se à recaída nos seguintes termos: “[...] eu permiti que a doença aflorasse dentro de mim mais uma vez”.

Um monitor, ex-residente, a quem farei outras referências adiante, num atrito familiar com as irmãs devido ao seu apoio ao pai viúvo, que passou a viver com a ex-empregada doméstica, conta os efeitos da humilhação promovida pelas irmãs, para quem ele, assim como o pai, “não valem nada”. Ele diz ter se sentido muito mal nessa ocasião, mas, diferentemente das outras vezes, não acreditou no que diziam, “mas deu muita vontade de usar”, e completou: “Pensei no pessoal aqui, que eles iam ficar sabendo, pensei: ‘Vale a pena? Não. Vou voltar pro final da fila?’ [...] Hoje eu tenho escolha”.

É unânime a dificuldade em manter “lá fora”, e frequentemente diante de agressões de familiares, o desafio da abstinência que exige fidelidade à categoria de “sobriedade”, não restrita ao não “uso”. Carregada de pressupostos morais de firmeza e ascetismo, a “sobriedade” incide primordialmente no corpo e na recusa de certos hábitos, como dispor de substâncias para evadir-se das metas do tratamento, constituindo um “entranhamento físico-moral” (DUARTE, 2006). A metáfora do nascimento nos nove meses de internação inicia uma “consciência” de si que não tem fim e é traduzida na interiorização da experiência familiar e do trabalho, alicerçada por hábitos disciplinares cotidianos, que figuram como um desafio a ser vencido a cada dia.

Quando perguntei ao citado monitor sobre a importância de Deus na sua recuperação, sua resposta foi:

Eu creio que ele me deu boa parte da ajuda, mas, se eu não faço algo, ele não ia fazer sozinho, porque muitas coisas que ele me mostrou eu nunca abri o olho. Hoje eu sei da minha parte a ser feita. [...] Ele não quer que eu use, mas, se eu quiser usar, ele não pode fazer nada.

Assim, vemos que o poder em questão, o de não usar, não é autocontido, e sim inspirado pela metafísica do Deus cristão como algo que é exterior e interior.

4 A família – entre a conversão e o autoconhecimento

No meio pesquisado, a família orbita como último recurso de apoio, e poucas são as esperanças depositadas no sistema público de saúde, a não ser quanto ao diagnóstico e à prescrição de medicação

quando se fizerem necessários à saúde física do “residente”. A família, ávida por auxílio em circunstâncias de conflito, coloca-se como aprendiz e tradutora dos saberes especialistas amalgamados nos ambientes de ressocialização do complexo terapêutico.

A referência à noção de família na experiência de adicção é um recurso central à metodologia do tratamento. Há duas acepções do termo família: aquela por afinidade no tratamento, a família das salas, e aquela relativa ao núcleo original, seja biológico, seja por adoção.

A saudação nas salas de ajuda mútua é “Boa noite, família”, na apresentação e na “partilha”, seguida pela ênfase no nome e na afirmação de sua condição de adicto, no caso do Nata. O sentido familista ritualizado no grupo é assim sintetizado: “Só você pode, mas você não pode sozinha. Nada muda se você não mudar”. A fala ritual da partilha muitas vezes é concluída com um “tamo junto”, “24 horas” ou “só por hoje”.

Não só a centralidade do valor da família, mas principalmente um certo modelo de família é construído nas salas. O lema em prol da recuperação, nas salas dos familiares, percebidos como codependentes, é atuar conforme uma “aceitação” associada a um “desligamento amoroso”, em que o familiar deve “abster-se de interferir naquilo que ultrapassa os limites de nossa responsabilidade”. O que é performado, nesse contexto, é uma racionalização dos papéis familiares de esposas afetuosas e mães racionais (GIDDENS,1991; LASH, 1991) e, de modo pálido, da participação paterna.⁵ No entanto, se a figura feminina tem potencial redentor, seu potencial facilitador da dependência (CALÁBRIA, 2007) é igualmente ressaltado na medida em que, como mulher supercuidadora, é uma codependente, acusada de contribuir para a doença, por excesso de amor:

Tem que dar um tempo, porque só se ele quiser é que ele vai sair. Não adianta pensar que cuidando vai adiantar alguma coisa. E tem que aprender que mulher fala demais e fica no ouvido do filho. Eu fazia assim: “Eu te amo muito. Como é que você faz isso comigo?” (Fundadora).

⁵ Para críticas oriundas do campo feminista ao conceito de codependência, cf. Schragger (1993).

Para uma mãe, secretária no escritório da mantenedora, a relação de codependência ocorre quando

[...] a pessoa tem esse dom de manipular e a outra pessoa, fraca, que está sendo manipulada, quando vê, ela já cedeu. Por isso, a dependência e a codependência têm que trabalhar juntas, porque, se não, vai ficar capenga.

Críticas são dirigidas a esse aspecto do método, que, seja na identificação do problema, seja na elaboração dos instrumentos para uma recuperação, tem contornos de classe média moderna e individualizante, ao mesmo tempo que sobrecarrega de responsabilidades o papel da mãe e da esposa nas possibilidades de recuperação daquele que figura como, quase sempre, do sexo masculino (GIDDENS, 1991).

Nas duas salas do Nata, na de “triagem” de “adictos na ativa” e “na perseverança” daqueles “em recuperação”, cerca de 80% da frequência é masculina. Nas salas dos familiares das três categorias de adicto (“ativa”, “residente” e “perseverante”), a porcentagem inverte-se. Como em outros níveis de frequência religiosa, bem como na visita aos presídios, a participação nas salas da família é majoritariamente feminina. Assim, é a figura feminina ressaltada no método de cuidado que tem um gênero como protagonista. Quando a mulher requer cuidado, surge provavelmente um dos maiores limites do método de culto à domesticidade.

O tratamento das mulheres “dependentes químicas”, de acordo com dois monitores do sexo masculino, três mulheres entrevistadas que participaram da diretoria em algum momento, é, para o presidente da obra, mais difícil e exige muitas adaptações, uma vez que as mulheres sofreriam, mais que os homens, de “autocomiseração”, e, num método cujo objetivo é a transformação, elas não se adaptariam bem. Para a secretária da obra: “O homem é mais fácil de achar nesse campo aí, de receber ajuda. A mulher é muito resistente de receber ajuda”. Tal percepção, geral entre os interlocutores, discorda da participação das mulheres como usuárias do universo terapêutico nos outros campos, seja biomédico ou psicoterapêutico, não relacionados ao álcool e outras drogas.

Quando iniciei a pesquisa, havia duas mulheres residentes na Fazenda feminina, que funciona há 21 anos; o número chegou a seis e logo caiu para cinco. Uma residente, já advertida, agrediu fisicamente outra e foi expulsa. O número de residentes na Fazenda masculina manteve-se entre 28 e 30 homens, houve desistência, mas não foi registrada expulsão.

Um voluntário da sala da família dos residentes comentou em entrevista: “Na feminina, o marido não vai buscar a mulher porque ele dá logo um pontapé nela e larga para trás. Na masculina, a esposa vai”. Para a secretária, não obstante as dificuldades encontradas no trabalho com as mulheres, “[...] o trabalho não é quantitativo, a finalidade não é essa... Se uma mulher sai recuperada, ela não vai multiplicar isso mais lá na frente?”.

Na simbolização da CT os nove meses de internação são uma metáfora do renascimento constante na partilha de mães de residentes, diante de algum sinal de esmorecimento dos filhos em tratamento: “Meu filho, fé em Deus. São nove meses, ainda não deu tempo de você nascer. Só por hoje”. Uma delas, entrevistada dois meses antes da saída do filho, situava-se entre a esperança e a apreensão. Relatou sua preocupação com o baixo desempenho do filho na empresa de máquinas de café expresso, onde a irmã trabalha como secretária. Antes da internação, segundo ela, ele já não ia mais trabalhar todos os dias e muitas vezes ia “virado”, sem condições mínimas e envergonhando a si e à irmã. Eu o conheci na Fazenda, estive na sala da “perseverança” na ocasião de sua “saída terapêutica”.⁶ No horário do lanche ele mostrou-me sua pintura, um São Jorge matando o dragão, e o violão que aprendeu a tocar na Fazenda. A mãe não aceita que o filho não tenha crescido na empresa e diz que “queria muito que ele tivesse essa personalidade, fosse firme... Ele gosta de piadinha, de brincar”. Quando pergunto sobre o que ela acha que ele encontrou na droga, ela responde que nunca tocaram no assunto, pois ele sempre negou o uso, mas ficava “retraído”, “nervoso”, “agitado”, “queria ficar isolado” e agora ela não quer mais saber: “quero saber da hora que ele sair para frente”. E prossegue: “[...] se ele teve força para usar, vai ter para sair e trabalhar”.

Para um voluntário acima referido, a parte mais difícil do seu trabalho nas salas “é a família não mudar... eles não se conscientizam que eles têm que mudar, eles jogam todas as frustrações em cima do residente a apontam para ele”.

A secretária da instituição, voluntária na sala da família dos residentes, declara a cada encontro ser uma “codependente”. Para ela:

⁶ O residente na CT, a partir do sexto mês de internação, faz saídas para a casa familiar durante o final de semana, que se prolongam até a terça-feira pela manhã. Quanto perguntei para onde vai aquele sem família, a resposta foi que essa situação é muito difícil de ocorrer.

[...] Aplicando o Amor Exigente, [você] está estendendo esse estilo de vida para o dependente, o ente querido. O AE não é só para dependente químico, é para toda a família. É fazer aquilo que a gente nunca fez, ter determinada atitude, não deu certo, vamos mudar. É uma ação. Os Doze Passos e a Oração da Serenidade trabalham no espiritual, o AE trabalha na ação.

Para seu colega, facilitador da reunião na mesma sala:

Todo mundo que chega naquela sala chega com um sentimento de culpa lá em cima. “Eu fiz isso, eu não fiz aquilo”. Uma mãe, uma esposa, uma namorada... O Amor Exigente exige que a gente faça uma introspecção da nossa vida. Foi quando eu passei a fazer um inventário moral meu: o que eu preciso mudar? [...] Eu tô vivendo bem com o outro?

O sentimento de culpa é indesejável ao método. Deve-se a um comportamento inadequado, referido às mulheres, particularmente às mães. O mesmo interlocutor me explica os personagens do drama familiar, segundo o AE:

[...] algoz, apaziguador e vítima e os residentes eram as vítimas, eram aqueles que a mãe não cortou o cordão umbilical... É muito comum uma mãe descobrir que o filho é drogado, ela vai e aluga um apartamento para ele. Resolveu o problema de dentro de casa e o dela, mas aí favorece o dele...

O formato da reunião da família dos residentes, bem como da família dos perseverantes, assemelha-se a uma aula. Após a Oração da Serenidade, os integrantes dão-se as mãos em círculo e em seguida uma folha de papel é distribuída, lida por um voluntário e debatida, interpretada sob a batuta do “facilitador”. Esse, em entrevista, lamentou a baixa participação da audiência: “tem gente que fica lá e não diz um ‘ai’, depois de 4, 5 meses”. Se o limite imposto ao “ente querido dependente químico” é, em tese, apreciado pelos participantes, o mesmo não acontece com o formato da reunião. Há uma minoria de analfabetos no grupo, mas, de fato, o engajamento dos participantes, segundo minhas observações, é limitado. As solicitações do facilitador são respondidas por poucos, geralmente por pessoas mais desinibidas, como uma mãe, avó, esposa, irmã falante e principalmente por aqueles que, na expressão oral, evidenciam familiaridade com o modelo intelectualizado da transmissão pedagógica. O facilitador mostrou-se,

certa vez, numa conversa comigo, ambivalente quanto à aplicabilidade das lições do AE:

Você acha que o cara vai chegar em casa e ler o papel? 'Hoje é tomada de atitude', e nós não temos cultura de ler, nem sentar numa mesa e puxar um papo... Eu acho que todos deveríamos ir para aquela sala com o livro do AE na mão. Tu acredita que tem gente que termina a reunião e deixa o papel para lá?

A senhora supracitada, cujo filho estava concluindo a residência ao final da pesquisa, trabalhava “em casa de família” até virem os netos, hoje faz faxina ocasionalmente, cuida da mãe e dos netos. Seu temperamento ativo e falante tornava-a uma entusiasta nas reuniões, apesar da pouca intimidade com a leitura. Segundo ela, “a família é muito rígida, religiosa. Às vezes a gente falha em outra parte. Tem que fazer tratamento sim, todo mundo”. Elogia a “exigência e a cobrança” da CT e assume colocar em prática 50% do que aprende do AE, o que lhe parece razoável, o problema é a nora, a quem ela admoesta: “Você não põe em prática, todos os dias, você pega, você lê, relê. Assim que as coisas funcionam...”. Ao mesmo tempo ela diz: “[...] eu me sinto culpada, não recuperei. Quando ele sair, eu vou continuar frequentando as reuniões, eu quero ele juntinho de mim, eu não aceito a recaída. A recaída vai ser uma derrota minha, não dele, mais minha”.

O formato da reunião da família, com lições a serem lidas e interpretadas para fixação do conhecimento, conta com instrumentos pouco exercitados, mas naturalizados na prática do grupo. “O caminho do adicto é instituição, cadeia ou caixão”. Nesse vaticínio, a instituição é a salvação e ela aponta para a família. O trabalho a ser feito com a família é torná-la apta a “trabalhar” os conteúdos morais e afetivos desorganizados. Assim, o esforço de reforma do indivíduo passa por uma transformação da família e suas relações afetivas, que se tornam valoradas sobre o epíteto de um “distanciamento amoroso”, em que cuidar do outro não significa carregar no ombro o vício do outro, o que possibilita o amor confluyente entres seres independentes (GIDDENS, 1991, p. 105).

No espaço doméstico, informados pelo valor terapêutico da contenção dos impulsos no tratamento da “família adoecida”, incidem de modo intrincado, e com consequências mais ou menos dramáticas, experiências de solidariedade, controle e submissão, como legítimos modos de cuidado. Contudo, se na família são identificados mapas

contraditórios detonadores de crises, no interior de suas relações idealizadas também estariam as afirmações terapêuticas sobre a “doença”. Nesse cenário, o *habitus* religioso mantém padrões de associação com a família, cooperando com seus interesses também no campo da saúde (DUARTE et al., 2006).

Os valores familistas da prática terapêutica enfatizam um centramento dos condicionantes da saúde na família e no indivíduo por ela englobado. A identidade do “adicto em recuperação” como superação da identidade prévia “na ativa” é instaurada dentro de uma unidade significativa, a família, percebida como uma unidade de cooperação, e que engloba, de forma complementar, o “ente querido”. É a família, desse modo, expressão da totalidade do sujeito em tratamento. Localizado na família, o sujeito autoidentificado como “adicto” tem em si melhores condições de conter o mal que nele habita, e sua potência interior que o torna capaz de aderir ao tratamento realiza-se sob o calço de deus e da família, não configurando a categoria relacionada à ideologia do individualismo moderno (DUMONT, 2000), que ressalta o valor de um sujeito contido em si mesmo.

5 O tratamento intensivo na CT

A invisibilização das desigualdades sociais atualiza-se quando esses são instados a manterem o foco no tratamento, sem permitir que as atribulações do mundo externo atrapalhem a vivência na Fazenda. Isso não significa ausência de ansiedades dos sujeitos empíricos, em contraste com construções metafísicas socialmente orientadas como a confiança em deus, em seu tempo e propósitos, e a devida reciprocidade do sujeito em dedicar-se aos desígnios do “poder superior”. Nas entrevistas, ou seja, fora do espaço ritualizado, tais preocupações surgem de modo recorrente, com ressalvas quanto a saberem serem essas um obstáculo ao tratamento.

Há, no seio da instituição, sensibilidades mais preocupadas com os determinantes materiais da hierarquia social, mas essa não é a fala hegemônica. As discussões remetem-se à ênfase na “rezação”. Para alguns membros, o treinamento profissionalizante seria mais produtivo à recuperação do “dependente”. A redução do tempo de oração e os empecilhos ao desenvolvimento de oficinas intensivas de trabalho pontuam um debate interno quanto às condições objetivas de reprodução social, como preocupações quanto à empregabilidade e ao provimento das necessidades próprias e/ou da família.

A ex-presidente que acima declarou-se católica praticante, sobre o assunto da ênfase do método nas rezas, disse:

Quando eu comecei o meu mandato, uma coisa que eu fui pressionada foi para diminuir: “Não, muita rezação, tira o terço, tem muito voluntário que vai lá rezar”. Não tiro. Para mim isso faz parte, se for para tirar, vamos mudar o programa, o nome. Eu acho que em geral existe muito preconceito das pessoas em relação à religião.

A terapia laboral nas CTs não prevê um treinamento específico de habilidades profissionais e é acusada por agentes externos de servir-se de trabalho escravo, pois não remunerado.⁷ O que observei foram atividades rotativas que visavam à manutenção do espaço, disciplina e ocupação do tempo livre. A oficina de culinária e da horta orgânica foi o que mais aproximou-se de um treinamento que instrumentalize o sujeito para reingressar no mercado de trabalho, mas ainda de modo rudimentar.

As implicações da posição vulnerável do residente na estrutura social como fonte de impacto na introjeção do programa e chances de reinserção social são uma ambivalência constitutiva do método. Como afirma a secretária,

[...] Tem dependente químico que nunca roubou, tem uma família estruturada, um provedor. Ele leva uma vida, vamos dizer, ‘normal’, mas ele tá afundando, ele vai afundar igualzinho ao outro que tá lá na rua... Ele pode até ter que sair desse estado de comodismo, de ter custeado seu vício, e que uma hora essa porta vai fechar e ele tá lá. Quantos e quantos estão na rua e a família mora no Lago Sul?

Duas afirmações no trecho acima merecem considerações quanto ao tema da suposta irrelevância da classe social do residente: uma é que o “dependente químico” irá roubar caso não possua condições para suprir seu consumo; e outra é que é comum encontrarmos moradores de rua cuja família mora na área mais cara da capital federal. Enquanto o primeiro caso ocorre, o segundo não foi observado durante a pesquisa. Mais adiante, a mesma pessoa retoma o assunto, a propósito dos

⁷ O Instituto Crescer, onde fiz entrevistas não arroladas aqui, iniciou um treinamento dos residentes na indústria têxtil com perspectivas de produção, aspecto interessante na medida em que articula uma sensibilidade religiosa e laboral de uma coordenadora batista.

valores, e arremata, sublinhando consequências da diferença de poder econômico: “a pessoa para sustentar o vício, se ela não tem dinheiro, o que ela vai fazer? Ou vai se prostituir ou vai traficar ou vai roubar”.

O presidente da obra, ao responder à minha pergunta sobre o reduzido número de moradores de rua internados, afirmou não ser esse o foco da Fazenda, uma vez que o método é residencial e requer referenciais básicos de convivência social. A secretária, por sua vez, afirma:

[...] No nosso modelo nós não recebemos sem uma referência... Tem que ter uma referência, um irmão mais velho, um amigo... sempre tem essa pessoa. [...] Pode até ser uma assistente social. É muito difícil, a pessoa sozinha não consegue.

Atributos decorrentes de vínculos familiares surgem de modo expressivo em conversa com um atual monitor na Fazenda, há quatro anos “limpo”, que antes de internar-se viveu por um ano e alguns meses na rua, como “mendigo”, quando, ocasionalmente, roubava pessoas e bicicletas. Sua recuperação deve-se, segundo ele:

[...] mais ao psicológico, por tudo isso, isso também faz parte,⁸ mas era mais a lembrança de uma família, de um lar, do que os meus pais me ensinaram... Aí, o que me fez parar de usar foi o fato de uma senhora, né?

O relato do que se passou é longo e de muita densidade humana. Logo após as duas circunstâncias de quase morte no ápice de sua “ativa”, episódios que ele avalia terem sido seu “despertar”, numa certa manhã ele, de modo violento, rouba uma senhora velha acompanhada de uma criança. Um dia, pedindo comida de casa em casa, a única que o atende é essa senhora. Eles não se reconhecem, mas a criança o aponta e a avó pede para que ela o deixe comer em paz e dirige-se a ele: “Meu filho, não é a primeira vez que Deus tá falando isso pra você. Ele tem um propósito na sua vida... Você já fez muita coisa ruim, mas você não é uma pessoa ruim”. Relata que, emocionado, sai da casa e, após um pranto intenso, lembra-se da irmã, de quem não aceitava ajuda, bem como de toda a família. Foi essa irmã quem o encaminhou para as reuniões da sala de triagem do complexo terapêutico.

⁸ Refere-se a violências extremas em duas ocasiões nos tempos de rua, quando escapou por pouco de ser morto por um grupo de policiais e por um traficante.

A importância da família não é, para os atores sociais envolvidos no programa, destituída de ambivalência, como expresso abaixo:

Mas voltando à questão dos valores, grande parte dos dependentes químicos é de família desestruturada, quando ele tem a falta ou do pai ou da mãe ou dos dois... da atuação! Falta pode ser literal ou que a mãe não é presente (Secretária).

Grande parte levou tapa, foi cuspidado, trancafiado, em casa. Eu vi como a realidade deles é diferente da nossa... não com todos, tem quem diga que os pais foram amorosos... Você vê como é uma doença esquisita essa, não tem uma causa, não tem um tratamento, não tem nada definido. Ela tem milhões de faces... Eu não vejo como uma doença, vejo como vários males, várias ausências... A CT tá lá, daqueles 30, se 10 ficarem de pé pro resto da vida, é muito, a gente sabe disso. Aquele tratamento não é para todos eles e a gente não tem condições de avaliar quem é o candidato para aquele tratamento (Ex-presidente).

Os usuários das salas contaram, em suas partilhas, que, ao adentrarem o espaço de tratamento, não se viam como adictos. Participar das salas e internar-se em CT supõe uma exposição da vida e problemas a um grupo desconhecido, o qual constrói uma forte identidade baseada na aceitação e identificação com o rótulo de adicto, disposição para um “inventário moral” e abertura para “renascer”, semelhante a uma conversão religiosa na medida em que propõe uma reformulação da identidade de adicto, cristalizada na identidade de “doente”, e oferece os instrumentos de controle da “doença”.

A identidade de “dependente químico” formula um sujeito incapaz de, sozinho, formular seus próprios fins. O estigma de uma tal identidade é parte das partilhas, como na de um perseverante, “fazendeiro” (ex-residente), que por várias vezes falou sobre o “estigma do adicto”, afirmando-o como opcional: “é preciso lembrar que eu sou um dependente químico... Nós somos doentes... É incurável, mas pode ser estacionada. Onde? Dentro de mim”.

Outros dizeres ritualizados na partilha são: “a mente do dependente mente” e “cada um tem seu fundo de poço”. O fundo do poço como algo subjetivo justifica-se porque nem todos os residentes são típicos, as fronteiras sociais da dependência são móveis. Há uma variedade no perfil identificado como incapaz de gerir a própria vida sem apoios externos. Alguns não roubaram, não perderam o emprego, não foram para a delegacia. Tais ordens graduais de descontrole são

enquadradas na “doença do ainda”, pois “você ainda não fez isso”, em referência a um ato ainda mais degradante, oriundo da progressão da “doença”.

Convencido de sua “doença”, o “adicto” adere ao contexto das “salas” ou “grupos de ajuda” e “pega as ferramentas” oferecidas para a continuidade da “recuperação”, posta como vitalícia, que faz surgir uma identidade de adicto capaz de adequação ao mundo. A transmissão do conhecimento adquirido nas salas e na CT é feita pelo monitor, um “adicto em recuperação”. Diz-se que “só um adicto entende outro adicto”. Essa ajuda ao outro que busca recuperar-se é também autoajuda. Ao desempenhar sua função, o monitor tem o dever de refletir sobre a dificuldade de manter-se limpo após a residência e, assim fazendo, ele mantém-se “na linha”.

O monitor acima citado, após três meses do término da internação, empregou-se num frigorífico cortando carne, onde ficou 2 anos e 8 meses e saiu após um acidente de trabalho que não o invalidou, mas criou dificuldades para o manuseio dos instrumentos de corte. Recebeu seus direitos trabalhistas após tê-los reivindicado, conforme orientação da CT, com a qual mantinha contato. Aceitou o convite para trabalhar como monitor na Fazenda, que ele considera temporário, enquanto termina o ensino médio. Hoje com 36 anos, ele jamais havia passado mais de um ano nos empregos anteriores. Conta que sua volta à Fazenda como monitor o fez retomar a “perspectiva de vida [...] porque quase quatro anos depois eu já tava meio que perdendo a disciplina. Aí, aqui dentro, cobrando deles a gente passa a fazer também”.

6 Considerações finais

Compreendo o programa terapêutico analisado como um conjunto de ações para a construção e o fortalecimento de uma interioridade moralmente adequada às normas sociais a partir de uma demanda ambivalente e produtiva entre autonomia e preceptoria por parte dos que aderem a ele. A ética que conduz a ação do novo estilo de vida do “adicto em recuperação” depende da escolha individual de um conjunto de valores e práticas derivadas de um sistema gerador de micropolíticas do comportamento, da regulação moral, portanto.

A dinâmica da ajuda mútua, seja nas salas, seja no interior da CT, encena a sustentação de um conjunto de saberes e fazeres expresso na palavra de ensinamento e portadora de aprendizado para a contenção do

desejo reputado destrutivo. Os resultados de pesquisa demonstram como nessa operação de transformação da identidade deteriorada por parte dos sujeitos de pesquisa, em sua maioria sujeitos da classe trabalhadora brasileira, é construída uma relação de proximidade com certos valores dos estratos médios da sociedade. Tal identificação configura uma estratégia de ascensão (FERREIRA, 2013) que potencializa a introjeção da ética do método de “recuperação”.

Nesse sentido, a recuperação do “dependente químico” naturaliza classificações sociais e, através da categoria central de “doença”, produz analogias naturalizantes que ratificam convenções sociais, sobretudo no que diz respeito ao autocontrole de emoções e ações contrárias ao engajamento na ordem social. A configuração do problema estabelece a incorporação de uma disposição interna equilibrada como via de desenvolvimento privilegiada para o ser no mundo. A constituição das verdades do tratamento relaciona-se a um discurso apto a constituir cidadãos num mundo de desigualdades que ultrapassam o campo da autodisciplina.

O eixo da interioridade, ou seja, dos contornos do sujeito está posto pela metafísica cristã e pelas fronteiras familiares. A transformação do estilo de vida, cuja promessa é a superação das supostas falhas de caráter, dá ao “dependente químico” uma face de convertido cristão, um asceta que deposita na arte do bem viver, ou de uma vida moralmente saudável, suas chances de evitar a queda na miséria vislumbrada nos tempos de sua “adição ativa”. O programa do complexo terapêutico reproduz modos de pensar a saúde que não são exatamente tradicionais, mas ambivalentes, aí onde jaz sua complexidade e possibilidade de comunicação com uma parcela da população.

Para deixar de ser visto como alguém que solapa as leis da sociedade contratual e descumpre as expectativas familiares, o sujeito em tratamento adere às verdades de uma política do comportamento que atende ao funcionamento pragmático dos enunciados do nosso tempo. Pensar a eficácia do tratamento em tela é reconhecer a possibilidade de emancipação do sujeito calcada na reforma moral, com fronteiras culturais claras e hierarquias de valores dadas sobre o comportamento. Tal modelo certamente diverge de um projeto aberto de subjetividade que caracteriza o projeto individualista da contemporaneidade, pois veicula a preeminência das relações sobre as partes constitutivas.

O regime de verdade do tratamento da adição química analisado atua nos termos de uma pedagogia cristã de reforma da consciência como possibilidade de enfrentamento de uma problemática vista

como de saúde, mas também social e comportamental, alcançando, por isso, e de forma relativa, uma eficácia na comunicação do que pretende como atenção e cuidado.

Referências

- BOURDIEU, P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- CALÁBRIA, O. Dependência química e liberdade: a filosofia e o tratamento da co-dependência. *Interações: cultura e comunidade*, v. 2, n. 2, p. 65-79, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- DE LEON, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- DUARTE, L. F. D. Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo da regulação moral da pessoa. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p 107-138.
- DUARTE, L. F. D. D. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: HEILBORN, M. L.; LINS DE BARROS, M.; PEIXOTO, C. (Org.). *Família e religião*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 51-87.
- DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- FERRERA, C. B. C. La emergencia de la adicción sexual, sus apropiaciones y relaciones con la producción de campos profesionales. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 284-318, ago. 2013.
- GIDDENS, A. O significado sociológico da co-dependência. In: _____. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991. p. 99-123.
- _____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- HERVIEU-LÉGER, D. *O peregrino e o convertido: a religião em movimento*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- LASH, S. *Refúgio num mundo sem coração*. A família: santuário ou instituição sitiada? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEVINE, H. G. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 39, n. 1, p. 493-506, jan. 1978.

MARIZ, C. Comunidade de vida no Espírito Santo: um novo modelo de família? In: DUARTE, L. F. D. et al. (Org.). *Família e religião*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 263-286.

MELO, R. V. Crack, doença e família na lógica da ajuda mútua. In: SOUZA, J. (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. p. 223-250.

MONTERO, P. *Da doença à desordem*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

SOUZA, A.; GOMES, R. Controvérsias e desafios das religiosas comunidades terapêuticas. *Debates do NER*, v. 18, n. 31, p. 283-305, 2017.

SOUZA, J. *Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?* Belo Horizonte: UFMG, 2010.

SCHRAGER, C. D. Questioning the promise of self-help: a reading of "Women who love too much". *Feminist Studies*, Maryland, n. 19, v. 1, p. 177-192, 1993.

VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.



Efeitos ontológicos ao feito antropológico: consequências de uma etnografia em um hospital psiquiátrico

Mário Eugênio Saretta

1 Introdução

Este capítulo é resultado de uma pesquisa sobre subjetividade, etnografia e alteridade realizada em um hospital psiquiátrico.¹ Desde que passei a frequentá-lo, um questionamento me provocou uma perturbação antropológica intensiva: aqueles que estão no hospital psiquiátrico na condição de pacientes seriam “diferentes demais” para que a disciplina que se propõe a pensar a diferença possa levá-los a sério como objeto e, simultaneamente, sujeitos de pesquisa? Essa questão me parece envolver pressupostos filosóficos que constituíram a própria consolidação da antropologia.

O universo de pesquisa foi o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), localizado na cidade de Porto Alegre. Inaugurado em 1884 na forma de hospício, passou por sucessivas mudanças até assumir sua denominação atual de hospital psiquiátrico. Desde 1990, existe no local uma “Oficina de Criatividade”, que se utiliza de sua centenária estrutura

¹ Capítulo escrito a partir da dissertação de mestrado intitulada “Terceira margem do hospital psiquiátrico: ética, etnografia e alteridade” (SARETTA, 2015).

arquitetônica manicomial para proporcionar atividades que envolvem pintura, escultura e produção textual. O público-alvo são os chamados moradores do hospital psiquiátrico e usuários de serviços terapêuticos. O termo “moradores” é utilizado por profissionais e ativistas envolvidos na implementação das leis estadual e federal acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira² para se referirem às pessoas internadas há décadas, o que ocasionou que o local se tornasse o ambiente de moradia delas. Atualmente o HPSP ainda abriga dezenas de moradores e oferece diversos serviços de assistência psicológica e psiquiátrica para integrantes da comunidade em geral, os quais costumam ser chamados pelos profissionais de saúde de “usuários” devido à condição de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante certo período, a Secretaria Estadual de Saúde teve a pretensão de efetivar a transferência dos moradores para residenciais terapêuticos, o que ocasionaria automaticamente o descredenciamento de leitos em hospitais psiquiátricos públicos para realocação dos recursos em novos modelos de atendimento em saúde mental. No entanto, essas transferências ocorreram esporadicamente e foram motivo de muitas controvérsias, as quais serão parcialmente abordadas a partir da descrição etnográfica a seguir. Minha pretensão aqui não é contextualizar a Reforma Psiquiátrica brasileira nem mesmo a situação local, mas colocar questões envolvidas nessas mudanças institucionais para que exploremos relações de inteligibilidade com a alteridade. Assim, a descrição etnográfica visa problematizar o juízo envolvido em relações com pessoas cujo vínculo institucional as subjeite pela condição de psiquiatrizadas.

2 Disputas pelo futuro imediato do hospital psiquiátrico

“Eu já beijei duas vezes na face” da então governadora, disse-me um ex-morador do HPSP, chamando-a pelo seu primeiro nome. A frase sugere o quanto esse hospital psiquiátrico e aqueles que ali estiveram

² O projeto de lei federal dessa reforma é de 1989, mas foi homologada pelo presidente da República somente em 2001. Já a lei estadual do Rio Grande do Sul é de 1992 e, dentre outras coisas, veda a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos bem como o financiamento pelo setor público de novos leitos nesses hospitais. Ambas leis proibem internações vitalícias.

internados podem se encontrar em situações de envolvimento político com os representantes do estado. O autor da frase frequenta a Oficina de Criatividade, mas residia, na época da pesquisa, no Morada São Pedro, que é um conjunto de residenciais terapêuticos para o qual alguns egressos de internações prolongadas no HPSP foram transferidos como parte de um projeto de desinstitucionalização. Esse serviço de residenciais terapêuticos oferece auxílio especializado através de profissionais e residentes em saúde coletiva com formação em áreas tais como educação física, psicologia, artes cênicas, educação artística e serviço social.

O referido ex-morador do HPSP considera que “o Morada não é muito bom, mas ruim também não é. É razoável, perto daqui do São Pedro é razoável”. Em relação ao hospital psiquiátrico, comenta que “é tempo brabo aquele tempo que eu peguei. Hoje tá diferente”, salientando que no funcionamento atual “muita coisa tá errada, tem que ter coisa pro *paciente se sentir bem, estar em casa*, mas não é assim” (grifos meus). Ele participou de variadas tentativas de sair do HPSP, experimentando, inclusive, retornar à cidade de origem, na qual possuía alguns familiares, mas só se adaptou ao residencial terapêutico Morada São Pedro, o qual fica aos fundos do hospital psiquiátrico, local que costuma frequentar para realizar algumas atividades (terapêuticas, artísticas ou de entretenimento) e do qual afirma:

Me acostumei aqui, me criei aqui, gostei daqui, agora tô aqui. Mas meu mundo lá fora... Não consigo me ver lá fora. Tentei ficar 11 meses nas casas das minhas primas, não quis mais ficar lá. Eu gosto daqui. Fui umas vezes visitar minha prima, mas não gostei. “E aí, primo?”. Que primo nada, não conhecia!

Sua adaptação estaria progredindo com o incentivo financeiro do governo federal como parte do implemento da Reforma Psiquiátrica através do Programa de Volta para Casa, o qual dá recursos para viabilizar a saída de internos de hospitais psiquiátricos. Embora ele tenha afirmado que não consegue “se ver lá fora”, o Morada São Pedro é separado institucionalmente e também fisicamente do HPSP por um portão onde há um guarda dessa instituição a vigiá-lo. O controle do fluxo pelo portão é informal e, durante o dia, costuma haver trânsito sobretudo dos residentes em saúde mental e dos ex-moradores do hospital que ali residem.

Além da ex-governadora que o referido morador disse ter encontrado pessoalmente duas vezes, o governador que a sucedeu também

esteve presente no HPSP, em abril de 2014, ano que se encerrava seu mandato, no qual havia prometido viabilizar a transferência da totalidade dos moradores do hospital para residenciais terapêuticos, o que era uma demanda antiga do movimento antimanicomial e estava causando muitos conflitos administrativos internos à instituição. No entanto, o governador esteve presente juntamente com o ministro da saúde em um evento que não era relacionado ao tema da Reforma Psiquiátrica, mas ao lançamento oficial de um programa de governo que disponibilizava uma equipe para atuar em situações de calamidade pública.

Sol, usuária de serviços de saúde mental e frequentadora da Oficina de Criatividade do HPSP, foi convidada por um funcionário do hospital-que-foi-hospício, envolvido na organização do evento, para declamar um poema de sua autoria. Em uma performance muito segura, Sol pegou o microfone para dizer que “trancafiar já era” e que “doença mental não é só coisa de periferia”, conforme os versos que sabia de cor. Parte do poema se transformava em uma espécie de refrão musical. Ela então pediu que todos cantassem consigo e assim foi feito, o que deixou muitas pessoas presentes visivelmente emocionadas. Após os aplausos, o mestre de cerimônia afirmou que ela era a representante dos usuários que fora dar boas-vindas ao ministro da saúde.

No mês seguinte, foi realizada a Semana de Luta Antimanicomial pela Secretaria Estadual de Saúde, com uma extensa programação de atividades, na qual houve a inclusão de um abraço simbólico no HPSP, devido ao fato de outro grupo ter marcado um abraço na mesma instituição. Esse grupo era composto majoritariamente de funcionários do HPSP e de outras categorias profissionais que formaram um movimento chamado de “Ignorados”, cuja pauta principal era ser “contra o fechamento” da instituição. Seus participantes reivindicavam a revisão de alguns conteúdos da Reforma Psiquiátrica e tentavam tornar pública a situação de seus funcionários, os quais consideravam não estarem sendo ouvidos pelos representantes do governo estadual acerca do futuro do local.

O tema da Reforma Psiquiátrica, que já havia entrado em meu campo de estudos em função de demandas e opiniões de usuários e moradores ou de modificações institucionais no hospital psiquiátrico, eclodia em meu universo de pesquisa nos cartazes, gritos e músicas em um cenário de conflito devido aos dois abraços com pautas divergentes. Era um embate político que, pela primeira vez, eu via materializado em um evento explícito naquele local. Esse evento ocorreu após uma série de disputas, como a elaboração de um dossiê pelo Sindicato Médico do

Rio Grande do Sul (SIMERS) e outras entidades³ acerca do HPSP e a realização de uma audiência pública na Assembleia Legislativa sobre o futuro do hospital e a redução de residências médicas no local. Portanto, os abraços simbólicos ao hospital eram reflexo da tensão entre modelos de atendimento em saúde mental em disputa.

No dia do ato, em frente ao conjunto de pavilhões de arquitetura manicomial, algumas pessoas tocavam instrumentos musicais e ensaiavam a paródia de uma música de sucesso cujo refrão, nessa versão, era “beijinho no ombro pra quem fecha com a reforma, beijinho no ombro pra quem quer libertação”. Possuíam também um grande boneco o qual três pessoas manejavam, dançando, e o clima era de alegria. Trouxeram com eles uma faixa grande, na qual estava escrito em destaque “Reforma Psiquiátrica”, acompanhado de outras palavras coloridas. Passarei a me referir a esse movimento pela sua pauta de desinstitucionalização.⁴

Cerca de uma hora depois, passou um grande grupo de funcionários do HPSP, todos vestidos de preto. Alguns possuíam em suas costas um pedaço de pano no qual estava escrito “ignorado”, e muitos deles portavam balões pretos e cartazes. Ali vi que estavam algumas funcionárias de um dos ateliês da Oficina de Criatividade e duas frequentadoras. Esse grupo foi para a frente do hospital, onde havia um carro de som com microfone para o protesto.

Em seguida, o grupo da desinstitucionalização foi também em direção à frente do HPSP, tocando música e muitos deles vestindo roupas coloridas. Sol estava vestida de palhaça junto a esse grupo. Ela me pediu para que eu filmasse e tirasse algumas fotos com sua própria câmera e assim eu fiz, acompanhando o ato. Quando os grupos se encontraram,

³ Esse dossiê foi assinado pelas seguintes entidades: Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS), Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), Sociedade de Apoio ao Doente Mental (SADOM) e Associação Brasileira de Usuários de Sistema de Saúde (Abrasus).

⁴ Conforme material da Secretaria de Saúde do Governo do Rio Grande do Sul distribuído no dia do protesto, este seria um “abraço antimanicomial” em referência a um processo de revitalização do hospital, como “parte da política de desinstitucionalização do Governo do Estado, em atendimento à Lei da Reforma Psiquiátrica, que propõe, através das várias expressões das artes (música, teatro, cinema e dança), estabelecer relações de inclusão da comunidade do São Pedro com a sociedade, tornando o hospital uma referência de produção artística descentralizada da cidade”.

o clima foi de hostilidade e de polarização em uma disputa acerca de projetos diferentes para o futuro imediato do hospital psiquiátrico. O grupo *contra o fechamento* dizia no microfone, ironicamente, que o outro grupo estaria entrando no protesto deles, o que significaria que todos estariam contra o fechamento do hospital psiquiátrico. “Contra o fechamento, contra o fechamento” era o grito de ordem do grupo de preto. No microfone, anunciaram: “É um abraço do funcionário pela casa”. Outra fala justificava-se dizendo que o ato não era contra a Reforma Psiquiátrica, mas a favor de sua revisão. Outra dizia que ali deveria continuar existindo um local dedicado à saúde em vez de um possível museu cultural.

O grupo dos Ignorados era contra alguns itens da reforma, mas ao mesmo tempo essas relações se tornavam confusas, pois as demandas não eram unívocas nos mesmos itens, o que em outra situação poderia redistribuir diferentemente os protestantes – como, provavelmente, seria o caso dos representantes da Oficina de Criatividade. Dentre a diversidade de subtemas da reivindicação estavam desde mais atendimentos pelo SUS à “internação compulsória”, a qual era uma proposta de um vereador médico que ali estava presente e pegou o microfone para apoiar o protesto dos funcionários. Portanto, o que constituía esse grupo era o denominador comum que compunha a pauta principal: “Contra o fechamento”.

Alguns cartazes tinham qualidade gráfica, visivelmente produzidos com antecedência, ao passo que outros eram impressos em folhas de ofício. Nas mãos, eles eram expostos pelas pessoas que se posicionavam sobre a faixa de segurança enquanto o semáforo estava aberto para os pedestres. Alguns cartazes diziam: “não ao desmonte do São Pedro”, “Ignorado”, “Por um São Pedro para o cidadão”, “Governador, não ao desmonte”, “Lei nº 9716/1992: artigo 15 (São 21 anos)”, “Lei nº 9716/1992: onde estão as alternativas do artigo número 2? E do CAPS? Só no papel?”,⁵ “Revisão e reavaliação já”, “São Pedro tem tratamento”,

⁵ A Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. O art. 2º refere-se aos serviços assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e o art. 15 determina que no prazo de cinco anos, contados da publicação da lei, a Reforma Psiquiátrica seria reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação. O texto da lei está disponível no site do Ministério Público do Rio Grande do Sul: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/legislacao/id326.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

“Vamos tratar os deficientes na casa do governador?”, “Drogas: onde vai tratar seu filho?” e “Trabalhadores da saúde mental do HPSP querem ser ouvidos”.

Dentre os cartazes, havia dois com a frase “não usem os pacientes para fazer política”. Ambos foram os únicos escritos à mão e eram direcionados ao movimento da desinstitucionalização. O argumento no cartaz ativava um uso baseado na ciência destituída de valores políticos como a referência privilegiada do bom juízo através de um tratamento técnico. Ao lê-lo, me senti mobilizado e instigado a escrever um cartaz dizendo “não use a política para fazer pacientes”; no entanto, me contive a escrevê-lo porque me senti afrontado com outras questões advindas da etnografia: o risco de ocorrer a desinstitucionalização de uma forma padronizada e drástica, a partir de uma temporalidade que não permitisse contemplar algumas singularidades que me pareciam relevantes. Por exemplo, se um dos pacientes quisesse ficar ou continuar a vir até o atual HPSP para realizar alguma atividade ou simplesmente caminhar pelo pátio, haveria garantia de transporte para trazê-lo? Seria esse potencial desejo desprezível em nome também de um valor maior que, frente aos procedimentos de tortura utilizados outrora nesse espaço, se permitiria agora ser capaz de decidir o futuro ideal para todos os que ali vivem?

Entendo que se tratava de um ato de disputa política, e não o momento da discussão dos projetos; entretanto, assumir as condições éticas que a pesquisa colocava me impedia um posicionamento convicto em poucas palavras, ainda que soubesse com quais posicionamentos e argumentos eu não concordaria e que eu jamais participaria do grupo que se considerava ignorado. Minha bandeira era de uma angústia a ser expressa em um contraponto condicional: “E se...”. Porém, não havia tempo nem aquele me parecia o espaço para isso.

A Oficina de Criatividade, a qual em minha trajetória tinha sempre, em menor ou maior grau, ao menos alguma relação de desconforto com a política administrativa do hospital psiquiátrico, naquele momento tinha alguns de seus representantes alinhados com o grupo composto majoritariamente de funcionários “contra o fechamento”. Isso se devia, segundo eles, ao fato de que não estariam tendo a oportunidade de relatar o conhecimento adquirido com sua experiência para que este fosse levado em conta na decisão acerca da desinstitucionalização. Dentre algumas reivindicações presentes em um folheto distribuído pelos manifestantes em luto, cujo título era “o São Pedro não pode morrer, os gaúchos precisam saber”, estava a referência aos leitos para pacientes agudos, às

atividades de geração de renda, ao uso de novos paradigmas de atenção integral ao usuário de saúde mental pelo HPSP há mais de duas décadas, à inadequação da rede do SUS, à ausência de familiares da maioria dos moradores bem como à existência da Oficina de Criatividade e ao vínculo de moradores com ela. Ainda que fosse uma das entidades organizadoras do ato *Contra o Fechamento*⁶ que realizasse algumas das doações dos materiais necessários às atividades de pintura, a reivindicação do folheto parecia concretizar o uso estratégico desse reconhecimento, ao passo que diariamente é decadente o acesso dos moradores à própria Oficina de Criatividade.

Uma das funcionárias da oficina que estava vestida de preto com o pano “ignorado” em suas costas brincava que, simultaneamente, dançava com a música a favor da desinstitucionalização, pois ela concordava com pautas de ambos os lados. Entretanto, a situação ali estava polarizada, embora fosse também capaz de confundir não apenas alguns participantes, mas o público: soube depois que uma estudante que iniciava uma pesquisa nesse dia não havia entendido qual dos dois lados era a favor da Reforma Psiquiátrica, já que as palavras “Reforma Psiquiátrica” eram ouvidas muitas vezes no microfone, mesmo que fosse para artigos da lei serem contestados. O grupo dos Ignorados era o que possuía o aparelho de som e que expunha pelo microfone as suas pautas e reivindicações.

Sol, fantasiada de palhaça com adereços coloridos, caminhou em meio ao grupo vestido de preto e pediu para falar ao microfone. Não lhe entregaram – visivelmente ela estava com atributos imputados ao grupo que não vestia luto. Ela falou, então, com o funcionário do hospital para o qual ela havia feito o favor de declamar um poema na visita do governador e do ministro da saúde um mês antes, o qual pediu a um manifestante para que lhe entregasse o microfone, mas este, que já havia negado tal possibilidade, justificou-se: “Não pode usar paciente, não pode paciente!”. O microfone que ele segurava nas mãos estava ligado, embora distante de sua boca. Eu, que havia me aproximado ao ver a situação de conflito, pude ouvi-lo em meio ao som de apitos, gritos e música. Sol imediatamente olhou para os lados, saiu caminhando e, ao passar por mim, me disse indignada: “eu iria falar pros dois lados, eu ia ajudar os dois lados! Viu como eles tratam os pacientes?”. Era uma

⁶ Esta mobilização fora promovida pelo Sindicato Médico do RS (SIMERS), pela Associação Brasileira dos Usuários dos Sistemas de Saúde, pela Federação Sindical dos Servidores Públicos do RS, pelo Sindicato dos Servidores da Saúde do RS e pela Sociedade de Apoio ao Doente Mental.

disputa entre dois grupos polarizados, só que a justificativa não apontou a adversidade, mas acionou a categoria “paciente” como uma forma de negar acesso ao microfone. Ela, então, pediu a uma pessoa que a filmasse com sua própria câmera e aproximou-se do manifestante do microfone denunciando o que havia acontecido ali.

O conflito estava ocorrendo. Decididamente eu não participaria do grupo Contra o Fechamento, mas não me sentia confortável com as pautas que então eu ainda nem conhecia suficientemente bem para gritar do outro lado. Enquanto posições de especialistas e/ou de ativistas eram explicitadas, meu desconforto não era a posição da neutralidade, mas resultado da afecção do que eu havia vivido ali, conforme será explicitado mais à frente.

No dia seguinte, em uma matéria de jornal que dava destaque em seu subtítulo ao “ato [que] criticou as transferências de pacientes”, um diretor do SIMERS afirmou: “Os doentes são totalmente incapazes para a vida civil”.⁷ Em contraposição, o psicólogo e então coordenador da Divisão de Atenção aos Usuários Moradores do HPSP (DAUM – organização ligada à Secretaria Estadual de Saúde que promovia naquela época a desinstitucionalização do hospital), em um evento chamado “por onde andam as (des)institucionalizações da loucura?”, criticou a fala de um funcionário do hospital que teria afirmado em outra matéria jornalística que estariam tirando as pessoas das suas verdadeiras casas. Ele argumentou que há a definição de um Plano Terapêutico Singular destinado a ouvir cada uma das 185 pessoas que estariam nessa época na condição de moradoras e enfatizou a necessidade da autonomia delas e da construção conjunta da saída do hospital psiquiátrico, avaliando-se, por exemplo, se prefeririam voltar ou não ao seu município de origem. Ele argumentou:

A gente primeiro tem que ouvir as pessoas, tem que ver o que elas desejam. *E, de fato, a gente se aproximando das pessoas lá dentro e sabendo que elas foram parar ali contra a sua vontade, elas não querem ficar lá.* Se tu ofereceres outra possibilidade, e aí cabe ao Estado fazer isso, se oferecer outra possibilidade elas vão querer.

⁷ Jornal *Correio do Povo* do dia 16 de maio de 2014, p. 18. Em uma reportagem realizada pelo SIMERS que faz uma retrospectiva das ações do sindicato contra o movimento de “esvaziamento do HPSP”, o diretor reiterou que esses doentes mentais estariam acima de políticas partidárias e deveriam ser protegidos porque seriam “total e definitivamente incapazes e merecem o nosso apoio”. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=EylhtULNjk8>. Acesso em: 25 jan. 2015.

[...] *As pessoas não esquecem, elas sabem que não foram parar ali pela vontade delas.* Então, isso também é uma outra falácia que é dita. [...] Com certeza a pessoa que falou esta frase aqui... Eu convidaria ela para passar uma noite na unidade. Uma noite, não vinte anos! Convidaria ela para passar a noite em uma unidade para ela me dizer: “Isso aqui é uma casa!”⁸ (grifos meus).

Assim, embora salientadas a autonomia das pessoas e a intenção de construção conjunta, parece haver uma unificação acerca do que as pessoas *querem* e do que elas *não se esquecem*. Minha função nunca foi definir um percentual ou analisar essa questão específica, mas destaco que, embora me pareça ser condizente com grande parte dos moradores a opção por morar em residenciais terapêuticos, alguns disseram-me que queriam continuar ali – o que não significa que eventualmente não optassem por experimentar e até mesmo por preferir os residenciais caso tivessem oportunidade.⁹

Posteriormente, houve a tentativa de fechamento de uma unidade de morada feminina, visando à transferência de algumas moradoras para residenciais terapêuticos e à realocação das demais em outras unidades. Houve um protesto contrário a esse fechamento, o qual foi notícia na grande imprensa, e a unidade de morada não fechou. Meses depois, ainda houve embate judicial entre os coordenadores dos modelos institucionais em disputa.

A descrição desses conflitos precedentes e de suas repercussões poderia ser explorada mais detidamente, ouvindo-se as diferentes partes envolvidas e descrevendo-se todo o seu desenvolvimento, mas este não foi meu objetivo na pesquisa, tampouco neste texto. Os protestos e suas consequências apenas entraram *a posteriori* em meu campo de pesquisa, pois passei a perceber que a tentativa de pensar a

⁸ O coordenador da DAUM afirmou ainda que, devido a alguns usuários terem participado do ato em favor à desinstitucionalização, integrantes do ato contra o fechamento teriam dito que entrariam com mandato judicial porque o outro grupo estaria utilizando pacientes para fazer a manifestação. Segundo o coordenador, os 120 leitos existentes para internamentos temporários de pacientes considerados agudos não estariam em pauta, pois a reivindicação da desinstitucionalização naquele ato estaria relacionada ao caso dos chamados moradores. Tanto o trecho reproduzido acima quanto as demais falas fazem parte da palestra publicada no site *YouTube* pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, disponibilizada em: <<https://www.youtube.com/watch?v=a-aaNbK0rJU>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

⁹ Atualmente, há menos de 100 pessoas na condição de moradoras do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

instituição através daqueles que estavam ali na situação de pacientes psiquiátricos provocava-me pensar em questões que não pareciam ter destaque nesse conflito institucional, embora perpassassem o tema em pauta. Sendo assim, o conflito institucional descrito é relevante aqui na medida em que, a partir da visibilização dessa disputa, a etnografia realizada evidencia a pertinência do descentramento das posições majoritárias no campo da saúde mental para atentar-se às falas cotidianas que não possuem caráter oficial nem se materializam em notícias de jornais. A esse respeito, entendo ser pertinente se referir a uma especulação cosmopolítica (STENGERS, 2002), pois a etnografia parece forçar a pensar acerca de como os diferentes componentes que envolvem o futuro da instituição são valorizados.

3 Especulação cosmopolítica e conflitos ontológicos no hospital psiquiátrico

Uma das concepções de política no conflito descrito anteriormente era explicitada como uma categoria de acusação que seria a desvirtuação de um saber técnico. Diante disso, parece que a etnografia é um recurso eficiente para multiplicar o tecido político ao alterar o equilíbrio do que é capaz de contar como narrativas autorizadas. Nesse sentido, entendo que se trata de

[...] colocar a questão mais incerta, mais complicada, pois isto que permite simplificar pode silenciar o conhecimento que poderia, ou deveria, contar. Incerteza “cosmo” política [...]. Não se trata nem de (boas) intenções nem de visão de mundo. Trata-se de determinar o que vai fazer restrição, isto que vai engajar a pensar. Em outros termos ainda, e é por isso que devemos falar de especulação, a pedra de toque não é o provável, mas o possível, este que se refere a uma criação, isto que obriga, portanto, a criar a capacidade de resistir ao provável (STENGERS, 2002, p. 29-30, tradução minha).¹⁰

¹⁰ No original: “Il s’agit de poser la question au plus incertain, au plus compliqué, car ce qui permet de le simplifier peut faire taire des savoirs qui auraient pu, voire dû, compter. Incertitude «cosmo» politique [...]. Il ne s’agit ni de (bonnes) intentions ni de vision du monde. Il s’agit de déterminer ce qui va faire contrainte, ce qui va engager la pensée. En d’autres termes encore, et c’est pourquoi il faut parler de spéculation, la pierre de touche n’est pas le probable, mais le possible, ce qui renvoie à une création, ce qui oblige donc à se créer capable de résister au probable”.

A tentativa de enunciar o possível parece se dar em função do efeito etnográfico que força a pensar acerca das restrições dos posicionamentos em jogo e do que pode ser levado em conta. Nesse sentido, por exemplo, dizer que “pacientes possuem vínculos” é muito distante de um modo capaz de problematizar não apenas os termos “pacientes” e “vínculos”, mas também a conjuntura na qual os termos constituem coerência. Assim como a Reforma Psiquiátrica possibilitou criar uma nova relação tanto com os internos de hospitais psiquiátricos quanto com a própria noção de loucura, a ambição dessa etnografia é um engajamento com o possível a partir de afecções advindas da pesquisa: a tentativa de não despolitizar modos de existência que não se exprimem através de uma narrativa capaz de ser medida pelos padrões de como o problema foi formulado. Essa especulação sobre o que pode vir a ser levado em conta ou mesmo do que parece imensurável depende da capacidade antropológica de assumir riscos ao extrair as consequências do seu debate contemporâneo. Na tentativa de dar consistência a essa especulação, parece-me pertinente descrever algumas situações a partir da experiência daqueles que usufruem do hospital psiquiátrico na condição de pacientes psiquiátricos. Com esse fim, conduzirei a narrativa a partir de Sol, usuária de serviços de saúde mental que realizava atividades terapêuticas no referido hospital psiquiátrico e para a qual o microfone não foi entregue porque “paciente não poderia falar” naquela situação.

Embora jamais tenha estado na condição de moradora hospitalar, ela se autodenomina “um resgate da saúde mental” por ter sobrevivido ao que considera as piores formas de tratamento quando passou por internações temporárias em diferentes instituições. Como participante de um ateliê de escrita que ocorre junto à Oficina de Criatividade, Sol foi uma das autoras de uma coletânea de poesias, cujo título, “Um Olhar Atelial”, foi criado por ela. Passo a descrever o dia do lançamento do livro no pátio da referida oficina, onde foi realizado um sarau informal no qual autores e convidados declamaram poemas. Sem microfone e sem inscrição de ordem de fala, o silêncio entre um pronunciamento e outro era rompido por qualquer pessoa presente que quisesse declamar um poema do livro que todos tinham em mãos.

Sol me pediu para que eu a filmasse com sua própria filmadora, dando-me indicações para eu gravá-la caminhando ao redor do círculo formado pelas pessoas do sarau. Ela aproveitou um instante de silêncio para dizer que, em função de ainda haver “alguns bons *mentaleiros* nesse manicômio”, teria tido a oportunidade de escrever um livro e que, graças ao apoio dos muitos amigos que tinha ali, inclusive os “colegas”

que ali se tratavam, teria satisfação de viver mais um dia. Enfatizou a importância da Reforma Psiquiátrica e das mudanças boas que vinham acontecendo, embora considerasse que houvesse profissionais que não conseguiram se desvincular da concepção de tratamento manicomial mesmo em estilos de tratamento que se pretendiam alternativos. Explicou que há muito tempo estivera “em uma fase muito impulsiva” e que, por esse motivo, teria sido expulsa de um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços comunitários de assistência terapêutica criados pela Reforma Psiquiátrica como substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Ela citou um médico e diretor de uma instituição na qual ela se tratara que havia lhe dito que não existiria ex-louco. Então, disse que teria mais de oito diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), mas que os próprios “colegas” da medicina “se perderiam”. Argumentou que muitas vezes os próprios profissionais que cuidam também sofrem, embora não admitam: “Mesmo nós tendo as nossas mentes ‘danificadas’, modo de dizer, a gente percebe que eles também são frágeis, tão frágeis quanto nós”. Salientou, ainda, que tinha muita inspiração no HPSP, “uma energia muito boa”, ao passo que em casa ela não conseguiria escrever nada. Declarando que a Oficina de Criatividade foi a primeira instituição que fez uma exposição exclusivamente sua, resultante de uma oficina de fotografia, anunciou que em breve deveria ser lançado um livro com suas poesias. Assim, seu caderno de escrita, intitulado “Sementes de uma Mente”, teria textos selecionados para o livro com algumas possibilidades de títulos, dentre as quais “Girar-de-Sol” ou “Sol no Divã”: “Sol no Divã” porque, como muitos profissionais acabaram desistindo de mim, eu tive que aprender a lidar para poder explicar e ser minha ‘própria terapeuta’, maneira de dizer”.

Nesse dia do sarau, avisou que, para não tomar o tempo dos outros participantes, iria concluir logo com uma de suas primeiras composições, a qual disse jamais ter imaginado que seria capaz de fazer, considerando-se que um de seus diagnósticos seria retardo mental: “E se eu sou retardada, eu quero continuar com esse retardo”, ironizou, arrancando gargalhadas de todos os presentes, já emocionados com suas palavras. Começou então a declamar o poema-música que sabia decorado:

Não precisa fazer de conta que não existimos e nem fechar os seus olhos, pois quando abrires saberás que somos reais e fazemos parte do seu dia a dia, dentro ou fora dos camuflados sanatórios.

Essa história de que de médicos e de loucos, é, realmente todos temos um pouco, eu já vi esta fita na minha e na tua quebrada e na tua família que é rica, mané. Doença mental não é só coisa de periferia, nós não escolhemos ser assim. Pode acreditar, existe uma pá de manos que, assim como eu, precisa, necessita se tratar. Trancafiar já era, não tá com nada, pra que excluir os que fazem parte desta lamentável triste jornada? Esqueça o passado onde os doentes ficavam enclausurados, confinados, como loucos irrecuperáveis em depósitos humanos disfarçados de porões. Doença mental é coisa séria, mano. Ela nos deixa dependente de uma pá de medicação acompanhada de terapia: bem-vindo ao mundo da psiquiatria. Se a minha mente falhou, desculpe, não me culpe, pois a sua discriminação só me destruirá ou quem sabe me fará infeliz. Temos ideais, embora limitados, não nos deixem família ou Estado sentirmo-nos abandonados. Não exclua, nos inclua, pois apenas queremos liberdade para participarmos de coisas simples como a sua. Então eu te convido, venha no refrão, mesmo doente, Deus nos deu um dom. Sabe por quê?

[CANTADO]

O mundo lá fora precisa de mim.
O mundo lá fora precisa de ti.
Não vamos deixar que calem nossa voz
Pois o mundo lá fora precisa de nós!

“Todo mundo!”, pediu Sol. E todos cantaram o refrão: *O mundo lá fora...* Muitos aplausos. Algumas lágrimas do público. Aplausos. Uma participante da coletânea comentou que, depois de a Sol ter falado, era preciso curtir um pouco de sua vibração antes de retomar qualquer assunto. Depois, outros poemas foram declamados, como o de Silvana Ribeiro, ex-funcionária de serviços gerais da Oficina de Criatividade, acerca de uma pesquisa que fez para o colégio:

Fiz um texto, ou melhor, uma pesquisa. Comecei querendo mostrar a realidade que eu conheço. Então fui, me entreguei e terminei. O texto ou a pesquisa foi avaliado. Foi colocado um ponto, depois a minúscula virou maiúscula, uma frase foi retirada, depois outra, foi feita uma nova frase e colocada no lugar de outra, o título foi modificado, ficou mais suave, no rodapé foi feita uma observação relacionada àquela frase que estava em negrito, pronto, arial 12 justificado.

O meu texto sumiu. Ficou só o avaliado.

(FARINA; GARAVELO; FONSECA, 2014, p. 58).

A reprodução desse poema em prosa não é pela sua qualidade poética, a qual admiro, mas sim pelo seu potencial em remeter à ideia de um engajamento cosmopolítico (STENGERS, 2002): no universo de pesquisa em questão, um hospital psiquiátrico, o diagnóstico é o *avaliado*, o padrão de medida que serve como referência a essa demarcação de alteridade. Explorar maneiras de inteligibilidade que não o assumam *a priori* como justificativa de demarcação de alteridade parece parte do esforço de explorar possibilidades a partir de processos subjetivos acompanhados etnograficamente. Para isso, voltemos à narrativa acerca de Sol.

Conforme havia me contado, devido à trajetória de tratamentos psiquiátricos a que se referiu brevemente no dia do lançamento do livro, Sol escreveu um texto chamado “um CAPS me abortou, um manicômio me adotou”. Por esse motivo, escreveu também o poema “Capsturando”, cujos versos finais são os seguintes:

CAPS, Capsture os manicômios, CAPS
Para que eles não venham simplesmente mudar de lugar
Não deixem estes manicômios simplesmente mudar de lugar
Porque a mudança começa aqui, a mudança começa aqui, além
[disso

Sol diz que sabe do que está falando. Ao menos, foi isso que escreveu, em letras apertadas e com uma tonalidade de cor diferente, como um complemento a um imenso manifesto que me mostrou e do qual disse: “Meus colegas dizem que isso devia ser um decreto daqui [do hospital psiquiátrico]”. Dizia ela saber que poderia magoar amigos de lutas em saúde mental, mas que precisava expressar sua posição através do que experienciara. O texto era sobre as mudanças institucionais, sobre o que já sofrera, sobre suas amizades naquele ambiente, sobre os bons efeitos da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, mas sua ênfase recaía no modo que se propunha acabar com os hospitais psiquiátricos e no risco de que as alternativas reproduzissem um modo de agir também manicomial. Entretanto, na conjuntura após o término desta pesquisa, problematizar essa moralidade tornou-se difícil frente às políticas de fortalecimento institucional do hospital psiquiátrico, o que fez Sol se engajar para não haver retrocesso na implementação das políticas públicas promovidas pelo plano de Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, parece preciso sutileza para tais problematizações e

cuidado para que elas não sejam capturadas em discursos que, mais uma vez, desqualificam os principais afetados pelas consequências das mudanças nos modelos de tratamento.

A partir destas breves descrições, parece-me interessante explorar o espaço antropológico concedido às análises de Sol: mesmo no caso de um discurso facilmente comunicável como o seu, o qual dialoga com habilidade através de jogos de linguagem, até onde seríamos capazes de considerá-lo qualificado para um empreendimento de deslocar o juízo a partir da alteridade? Teríamos como fazer contar conceitualmente as expressões dela e daqueles que estão em situação de pacientes ou estas deveriam ser passivas aos discursos de saberes especializados na produção de conhecimento antropológico?

Devido a suas composições e seus relatos de vida, já ouvi muitas pessoas surpresas, contestando o caráter da sua situação de psiquiatrizadas em nome de certa inteligência marginal. Ato pretensamente generoso, mas que pode desqualificar os demais que falam dessa experiência sem ter um discurso tão articulado. Meu interesse neste capítulo está voltado à capacidade antropológica de contribuir com a sustentação de modos de existência divergentes. A partir disso, o que entendo ser necessário explorar aqui é o limite da capacidade de uma simetria antropológica (GOLDMAN, 2006, 2008; VIVEIROS DE CASTRO, 2002; LATOUR, 1994, 2012), sobretudo em relação aos casos nos quais certos atributos se enquadram logo em categorias ordinárias de desqualificação. Para tocar nesse ponto, apresento a seguir um *rap* composto por Sol, cantado por ela em um evento público acerca dos avanços da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Meu nome é Solange, estou aqui para contar que desde minha adolescência no obscuro mundo psiquiátrico tive que mergulhar. Uma pá de internação em CAPS, manicômios e no âmbito hospitalar, onde recordar de alguns maus-tratos hoje me faz chorar. Da minha inteligência também quero te falar. Nem sempre foi assim, isso só aconteceu depois que alguns seres em um disco voador vieram me visitar. Com sorte eu encontrei bons profissionais que ensinaram as dores sufocadas do meu ser a expressar. Através da escrita, da música e do teatro que hoje vamos te apresentar. No passado o mau trato me visitou, porque alguns seres da saúde, o meu ser quase calou. Me meteram em uma sala de observação, pois me recusei tomar uma medicação que eu sabia me fazer mal. Foram logo chamando os guardas,

avistei de longe as amarras e a injetável com a qual o meu corpo seria contido. Quando eu acordei, inspirações na minha mente a mil, pedi que alcançassem um lápis e um papel. Todo mundo ali, mas ninguém me ouviu! [...].

Disco voador não é metáfora, ela salienta: “Algumas pessoas pensam que foi uma visão. Não foi”. Sol me disse que um dia de manhã havia muita luz, chegaram seres em um disco voador e ela sentiu uma sensação muito boa. Colocaram-na em uma maca e implantaram um *chip* em seu cérebro. Atualmente, ela costuma ter consigo sua câmera fotográfica ou filmadora caso eles apareçam novamente, “já que não é a gente que escolhe”. Assim, ela explica que a partir daquele dia começou a se expressar muito melhor e teria ficado mais inteligente. Sua capacidade de escrita criativa seria também em parte resultado dessa sabedoria, a qual faria que diversas vezes as pessoas supusessem que ela seria psicóloga. Ela conta que já foi muito mal-entendida, motivo pelo qual explica tudo que lhe perguntarem, diferentemente de uma época na qual teria tido um problema de coluna por caminhar demasiadamente de cabeça baixa, olhando para o chão e utilizando-se de respostas monossilábicas: “Só ‘sim’, ‘sim’, ‘não’, ‘não’. Hoje eu faço questão de ser entendida”, disse-me, enfática. Devido ao que ela chama de mal-entendidos, por exemplo, haveria o caso de uma psicóloga de que ela gostava muito e que teria parado de lhe dar atenção e casos nos quais supuseram que ela seria homossexual devido ao seu comportamento.

Ao citar a história do disco voador, já percebi muitas pessoas tranquilizadas, como se houvessem então descoberto o que faria de Sol uma paciente, e já me foi perguntado inclusive se eu acreditava nessa história. Partir da minha crença na experiência de Sol para analisá-la parece-me que seria desconsiderar as consequências do referencial teórico antropológico contemporâneo. Diante dessa situação, entendo que o melhor não é responder a pergunta, mas deslocá-la: o que significaria acreditar nesse caso? A denúncia que ela faz no *rap* ou em seus poemas, sobretudo quando se mostra tão inventiva com a linguagem, consegue causar indignação e comoção, mas o quanto estaríamos dispostos a uma relação simétrica de sentido em relação ao relato do disco voador? A questão que se expressa aqui não se refere a um estudo de caso, mas a noções como crença e verdade a partir do estabelecimento de uma relação com pessoas na situação de pacientes psiquiátricos.

Entendo que o que está em análise não é o objeto “disco voador” em si, mas a conjuntura em que a possibilidade de sua existência

se apresenta. Já ouvi Sol contar essa história ou fazer referência a ela várias vezes, quase sempre precedidas ou sucedidas de versos de sua autoria. Embora o que ela diz não esteja vinculado em princípio a um grupo específico que compartilhe desses sentidos, a nomeação “disco voador” se dá por um conjunto social que atribui significado a essa expressão – não se constitui em um ato solitário e isolado, embora não seja esta a questão fundamental aqui. Minha ambição antropológica não está em reivindicar a existência, um significado ou até mesmo uma representação do disco voador a partir desse relato, mas a possibilidade de, através dele, explorarmos premissas ocultas de uma rápida operação de desqualificação que é acionada.

Parece-me que o mais conveniente a uma abordagem antropológica que envolva essa história é o desafio de não nos posicionarmos *a priori* em nome de um bom juízo que pretende ter o acesso à realidade. Esta é uma questão delicada e suas consequências são demasiado amplas, tanto para refletirmos acerca do método antropológico quanto dos limites de um possível relativismo. Para poder expressar melhor o problema específico que me interessa abordar nesse texto, torna-se oportuna a descrição comparativa de outras duas situações cujos efeitos ontológicos parecem interessantes ao feitiço antropológico.

A primeira delas se refere a um participante da Oficina de Criatividade que me viu olhando para a arquitetura centenária do hospital psiquiátrico e comentou: “Eu gosto muito desse lugar”. Eu não o conhecia e começamos a conversar. Ele jamais esteve internado ali, apenas realizava consultas em seu ambulatório, mas comentou que sentia uma presença boa de espíritos e, às vezes, via uns vultos, “mas eu acredito que eles não estão ali pra fazer um mal, são guardiões”, relatou. Ao prosseguirmos a conversa, ele desabafou afirmando que “para médico não dá para contar; para psiquiatra, então! O meu psiquiatra disse que eu estava louco. A psicóloga acreditava...”. Ele me disse que parou de falar do assunto com o psiquiatra, mas não de sentir a presença dos espíritos, com os quais tem contato desde jovem por meio de sua religião. Contou que, às vezes, ele não se sentia bem na rua, sensação que mudava quando chegava ao local, onde sentia tranquilidade e proteção. Interrompemos a conversa em função das atividades que ele iria realizar naquele dia, mas, ao fim da tarde, me procurou para se despedir e anunciar a pretensão de continuarmos o assunto: “Outro dia a gente conversa mais sobre as entidades”.

Outra situação que me parece oportuno destacar ocorreu casualmente no dia seguinte, quando eu estava no acervo da Oficina

de Criatividade, local onde há pesadas portas de ferro com viseiras no centro, azulejos nas paredes, aparelhos cirúrgicos, macas e outros objetos que são resquícios da época em que o hospício era ativo naquele ambiente. Eu estava sozinho e comecei a ouvir um ruído bem de leve, até que fui à sua procura e encontrei uma funcionária que realizava serviços gerais. “Que susto! Pensei que eu estivesse sozinho aqui”, eu lhe disse. “Sozinho ninguém está...”, ela me respondeu. Ao encerrar seu turno, voltamos a nos referir ao susto e ela começou a me contar calmamente que, no início de seu trabalho, quando ficava naquele ambiente do acervo, sentia-se muito nervosa e com medo. Depois, foi se acostumando. Comentou que ouvia frequentemente o som de respiração e de ronco, como se tivesse alguém dormindo ali, e, às vezes, ouvia também o barulho de uma porta batendo: “Mas a gente vai ver o que foi e não foi nada”.

A partir disso, percebi que desde meu primeiro contato com este hospital-que-foi-hospício ouço alguns relatos, sobretudo de medo, geralmente advindos de funcionários com pouco tempo de trabalho, de estagiários ou de visitantes. Entretanto, as situações relatadas me chamaram a atenção especialmente em função de eu estar problematizando a noção de crença a partir do relato de Sol acerca do disco voador e em função das análises etnopsiquiátricas realizadas por Tobie Nathan (1995), que estuda técnicas terapêuticas de curandeiros em sociedades de universos múltiplos, as quais atribuem intenções ao invisível.

Em um dos casos relatados anteriormente, havia um confronto de realidade explícito: um paciente para o qual o mundo era composto de entidades que lhe eram protetoras e um psiquiatra que considerava sintoma patológico as suas percepções da presença de espíritos. O fato de haver algum transtorno que o tenha feito buscar assistência de uma psicóloga e de um psiquiatra parece tornar mais facilmente conversível crença em sintoma. No caso da funcionária ou no medo prévio de algumas pessoas em entrarem em contato com o ambiente, a referência a esses barulhos não se tornava automaticamente sintoma de doença.

Gostaria de sugerir que mundos diferentes foram confrontados no caso da consulta: a existência dos espíritos e a possibilidade de comunicação com eles não poderiam ser articuladas de forma legítima por alguém que possuísse os sintomas psiquiátricos. O paciente parece ter compreendido que não haveria articulação possível nesse caso, motivo pelo qual disse ter parado de falar no assunto em uma situação de análise, mesmo sem ter deixado de sentir a presença deles de uma maneira positiva e tendo tornado tema de conversa comigo. Compreendo que a questão

não é simples do ponto de vista de uma inteligibilidade científica que visa produzir tratamento terapêutico e não tenho por objetivo encontrar uma solução, mas, antes, explorar modos de existência divergentes através da descrição etnográfica: evitar o atalho que o desqualifique imediatamente – precaução também presente na análise sobre o disco voador e sobre o futuro do hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, entendo que uma abordagem antropológica pode explorar possíveis multiplicidades ontológicas colocando a própria ontologia como um campo questionado:

Não existe nenhuma forma de contestar esses tipos de gramáticas a não ser habitá-las de maneiras que produzam nelas uma grande dissonância, que “digam” exatamente aquilo que a própria gramática deveria impedir. [...] A ideia não é baixar uma proibição contra o uso de termos ontológicos mas, ao contrário, usá-los mais, explorá-los e resgatá-los, submetê-los ao abuso, de modo que não consigam mais fazer o que normalmente fazem (BUTLER, 2002, p. 159).

Em alguns casos, a rápida desqualificação pode ser mais facilmente questionada, como quando Sol me explicava que falava muito rápido em suas consultas e que isso era visto automaticamente como sintoma de ansiedade. No entanto, ela atribuía isso não apenas à ansiedade, mas também ao período muito limitado de duração de uma consulta realizada pelo Sistema Único de Saúde, o que a teria feito desenvolver a capacidade de falar mais rápido para conseguir expressar tudo que queria no tempo disponibilizado. Esse tipo de agenciamento parece também chamar a atenção para práticas inventivas que podem ser convertidas facilmente em sintomas se não há um questionamento epistemológico, isto é, se a teoria não está disposta a correr riscos.

4 Considerações finais

Parece-me que o caso limítrofe de analisar a instituição psiquiátrica a partir das pessoas que estão na situação de pacientes (as quais são, em grande parte, destituídas de qualquer capacidade relevante de problematizar decisões que afetem diretamente suas vidas cotidianas em nome de saberes especializados portadores de soluções que se pretendem mais adequadas e exequíveis) permite aumentar a sensibilidade a novos tipos de problematização nos quais a pretensão

de neutralidade ou mesmo do bom juízo constitui-se em um operador que restringe a extensão ou a emergência de novas sensibilidades, de sistemas de percepções diferenciados e invisíveis – por isso também impossíveis – ao sistema de significação dominante.

Meu objetivo neste capítulo foi problematizar alguns limites da produção da diferença através de uma visão descentrada dos saberes majoritários (tais como o conhecimento psiquiátrico, psicológico, enfermático ou administrativo) envolvidos no tratamento de pessoas institucionalizadas devido ao diagnóstico de transtornos mentais. Desse modo, a intenção foi realizar uma etnografia que não se utilizasse *a priori* do uso das categorias psiquiátricas como categorias analíticas satisfatórias para os problemas de demarcação de alteridades.

Se os diagnósticos são uma maneira de delimitar a realidade tornando-a explicável, o exercício antropológico proposto buscou o multiplicável – é nesse sentido que entendo a pertinência da afirmação de Eduardo Viveiros de Castro (2002), influenciado pelo filósofo Gilles Deleuze: “Se há algo que cabe de direito à antropologia, não é certamente a tarefa de *explicar o mundo de outrem*, mas a de *multiplicar o nosso mundo* ‘povoando-o de todos esses exprimidos que não existem fora de suas expressões’” (p. 132, grifo do autor). Para isso, esta pesquisa buscou deslocar o juízo a partir daquilo que não é capaz de ser medido pelos processos codificadores majoritários, pela economia de avaliação constituída e autorizada pelos saberes especializados na saúde mental.

Assim, o que me parece estar em questão é a necessidade de criação de novas formas de articulação com as diferenças (GOLDMAN, 2000, p. 291), o que vai ao encontro da capacidade de assumir as consequências conceituais decorrentes da teoria antropológica contemporânea que destitui da ciência a pretensão de um acesso ontológico privilegiado ao mundo. A esse respeito, a temática da loucura, especialmente, parece ter muitas razões para ser explorada devido a sua centralidade para a constituição de critérios regulatórios de inteligibilidade constituintes da racionalidade moderna. Se somos engajados em uma tradição cuja racionalidade é colocada como referência discriminante, essa fabricação permite também que reconheçamos no que ela se constitui para não sermos impedidos de pensar em nome de uma neutralidade da objetividade, de boas intenções e da seriedade profissional (STENGERS, 1995, p. 160-161). Aceitar as categorias de doença como naturais ocasiona a ausência de uma discussão séria sobre elas em favor de uma autoridade exclusiva provinda de quem fala em nome delas (MOL, 2002, p. 22).

Um dos aspectos fundamentais envolvidos nesta abordagem refere-se à possibilidade de não tratar a tolerância como parte do empreendimento etnográfico. Estar disposto a tolerar a diferença parece um exercício demasiado frágil para extrair as consequências de um experimento analítico que possibilite desestabilizar o aparato conceitual do pesquisador. A problematização da noção de tolerância foi introduzida por Isabelle Stengers (2011, p. 313), referindo-se à possibilidade especulativa do pesquisador frente a situações singulares. Assim, problemas tornados perceptíveis e riscos aceitos por outros autores levaram-na a *assumir obrigações* que resultaram na criação dessa concepção de recusa da tolerância (p. 314).¹¹ É nesse sentido também minha recusa em “tolerar” o caso referido do disco voador e tentar explorar, por meio dele, possibilidades de inteligibilidade e de precaução analítica. Mais do que uma dimensão epistemológica, entendo que se trata de uma questão política de assumir as condições éticas dos modos de produção de novos problemas de pesquisas.

Minha intenção neste capítulo foi dar consistência, a partir do campo empírico, à sustentação de um problema acerca da alteridade, especialmente no que se refere a essa alteridade singular que envolve a loucura, a qual tão facilmente é romantizada (gesto que deixa de levar em consideração situações de sofrimento advindas dessa condição), mas, sobretudo, a qual tão facilmente é desqualificada em favor de categorias analíticas que se pretendem mais bem adaptadas para a ordenação das maneiras de viver. Se levar ao limite epistemológico situações com esse tipo de alteridade é um desafio antropológico, parece-me que as questões colocadas pelo menos contribuem com precauções para não desconsiderarmos outras possibilidades, para além daquelas *avaliadas*.

¹¹ A abordagem da autora se refere especialmente às pretensões de superioridade analítica da modernidade em relação a tradições não modernas para as quais a perspectiva moderna se refere por noções analíticas como crença e fetiche. A extensão desta problematização e seu encontro com a loucura, a qual não se constitui como uma tradição que reivindica um saber, é realizada pelo meu próprio risco na tentativa de explorar as consequências conceituais dessa noção, embora me pareça coerente com a proposição da própria autora.

Referências

- FARINA, J.; GARAVELO, L.; FONSECA, T. (Org.). *Exercícios de uma literatura menor: um olhar atelial*. Porto Alegre: Museu da UFRGS, 2014.
- GOLDMAN, M. *Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.
- _____. Os tambores do antropólogo: antropologia pós-social e etnografia. *Ponto Urbe*, São Paulo, v. 3, jul. 2008.
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: 34, 1994.
- _____. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: EdUFBA, 2012.
- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- NATHAN, T. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. In: NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond. Paris: Synthélabo, 1995. p. 9-113.
- SARETTA, M. *Terceira margem do hospital psiquiátrico: ética, etnografia e alteridade*. 2015. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- STENGERS, I. La médecin et le charlatan. In: NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond. Paris: Synthélabo, 1995. p. 115-161.
- _____. Un engagement pour le possible. *Cosmopolitiques: cahiers théoriques pour l'écologie politique*, v. 1, p. 27-36, 2002.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *Mana*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.



Loucura e doença mental no contexto da política pública de saúde mental no Brasil

Ana Paula Müller de Andrade

1 Introdução

O processo de concepção, formulação e execução da política pública de saúde mental no Brasil é resultado do movimento de reforma sanitária e psiquiátrica que emergiu no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, quando o Brasil vivia seu processo de abertura política e redemocratização. Após 12 anos de embates entre setores com interesses divergentes, a política foi aprovada por meio da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), com avanços importantes para a reorientação da assistência psiquiátrica no país.

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem sendo implementada de forma heterogênea, com disputas e relações complexas de poder, que, assim como a impulsionam, criam conflitos que passam pela crítica à morosidade no fechamento dos leitos nos hospitais psiquiátricos e pelas dificuldades para a consolidação e organização da rede de serviços substitutivos, dentre os quais figuram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Pitta (2011), Lobosque (2011) e Bezerra (2011) indicam desafios relacionados à questão da formação profissional e da desmobilização do movimento social que apontariam para um clima cultural diferente daquele dos anos anteriores.

A consolidação da Reforma Psiquiátrica tem instituído transformações importantes na vida das pessoas que acessam os serviços de saúde mental para alívio de seus sofrimentos bem como na sociedade como um todo. Essas transformações podem ser reconhecidas tanto no plano institucional quanto no das experiências singulares, e, segundo Andrade e Maluf (2014, p. 36), “Estes planos estão interligados, se conectam de distintas maneiras e se mostram relevantes pelos deslocamentos e perspectivas que permitem vislumbrar sobre a complexidade da reforma psiquiátrica”.

Ao confrontar tais planos, percebe-se que, no institucional, trata-se da Reforma Psiquiátrica tomada como um processo social amplo e complexo (AMARANTE, 1995). Já no plano das experiências sociais, é possível falar em “as reformas”, seja pela heterogeneidade do processo no plano institucional, como apontado por Fonseca et al. (2007), seja pela pluralidade de experiências, agenciamentos sociais e práticas cotidianas evidenciadas no plano das experiências singulares (ANDRADE; MALUF, 2016).

Afirmar que existem múltiplas reformas acontecendo é reconhecer que, além das reformas sanitária e psiquiátrica, que ganharam legitimidade através da consolidação da política pública de saúde mental, outras reformas acontecem cotidianamente. Estas se dão no dia a dia dos sujeitos, nas relações que estabelecem consigo mesmos, com seus vizinhos, seus familiares e com a sociedade da qual fazem parte. Assim, produzem subjetividades singularizadas e conferem novos sentidos a suas experiências, demonstrando o caráter heterogêneo e rizomático (DELEUZE; GUATTARI, 2007) dos processos de desinstitucionalização. Além disso, as experiências desses sujeitos têm tensionado algumas categorias presentes no âmbito das iniciativas institucionais, dentre elas a doença mental e loucura.

A loucura, como mostram os trabalhos de Foucault (1997), Pessoti (1994) e Pelbart (2009), é uma invenção situada historicamente e que adquire significado conforme a sociedade se relaciona com ela. Já as categorias “doença mental” e “transtorno mental” carregam significados parecidos no âmbito da política pública de saúde mental. Em geral se referem a um conjunto de sinais e sintomas que, agregados, são passíveis de um diagnóstico psiquiátrico. Já no plano das experiências sociais, tais categorias revelam um repertório variado de sentidos conferidos pelos sujeitos, especialmente aqueles que são interpelados por aquelas (PASSOS, 2009).

O objetivo deste texto é, pois, discutir a articulação das categorias “loucura” e “doença mental” no âmbito dos processos de desinstitucionalização de pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento mental, a partir dos dados de uma pesquisa etnográfica desenvolvida em 2015 e 2016, tendo como sujeitos os(as) usuários(as) de um CAPS. Para tanto, apresento duas situações vividas durante o trabalho de campo e entendidas como acontecimentos que me interpelaram, permitindo-me perceber conexões com outros acontecimentos e várias possibilidades de reflexão (RIBEIRO; BAPTISTA, 2016).

2 Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa etnográfica desenvolvida em um dos CAPS da cidade de Pelotas (RS), com o objetivo de analisar as repercussões das transformações culturais em relação à loucura na produção de subjetividade de usuários(as) dos serviços de saúde mental, tendo como sujeitos os(as) usuários(as) do serviço.

O trabalho de campo foi desenvolvido durante dez meses nos anos de 2015 e 2016, tendo como técnica de coleta de dados a observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas com usuários(as) do CAPS estudado. As observações foram registradas em diários de campo e as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os sujeitos da pesquisa eram mulheres e homens adultos, em sua maioria pertencentes às classes populares, que frequentavam o CAPS durante a pesquisa e aceitaram participar dela. Os nomes próprios utilizados neste texto para me referir a esses sujeitos são fictícios.

3 Loucura e doença mental: relações, limites e tensões

O início do trabalho de campo foi marcado por uma situação inquietante. Estava sentada junto a três usuários e duas usuárias quando, em determinado momento, devido à oportunidade na conversa, comecei a falar sobre a pesquisa que desenvolvia. Enquanto falava, fui interrompida por Matias, um interlocutor, que disse: “Louco todo mundo é um pouco!”. Como eu não havia sequer falado sobre loucura ou loucos e tentava saber um pouco mais sobre o que ele

estava querendo me dizer, perguntei: “Como assim?”. Ele respondeu: “Ué, gurria, tu não sabe? Louco todo mundo é um pouco, todo mundo fala isso”. De fato eu já tinha escutado tal expressão, e respondi: “É, já ouvi sim, mas o senhor acha que louco todo mundo é um pouco?”. Ele respondeu: “Acho. Me diz, tem alguém que nunca fez uma loucura? Tem?”. Naquele momento, os que estavam ali participando da conversa começaram a relatar situações que tinham experimentado ou que estavam relacionadas a experiências alheias. Riam das situações. Uma das interlocutoras, comentando a situação contada pela outra, disse: “Não, mas essa [a mulher envolvida na história contada] é bem louca mesmo”. As situações relatadas envolviam situações como subir em uma árvore e ficar chamando os transeuntes, responder ironicamente, inadequadamente a uma pergunta séria ou falar bobagens em ambiente impróprio. Todas as histórias se referiam a pessoas adultas.

Em dado momento comentei “Ah tá, louco assim...”, ao que Matias respondeu: “É, não é louco de doente”. Eu perguntei: “E como é louco de doente?”. Ele respondeu: “Aí tu sabes, né, gurria? Até faz isso, mas, quando é de doença, daí o cara faz umas coisas assim... mas aí é loucura de doença”. Eu perguntei: “Tá, mas o que é loucura de doença?”. Ele respondeu: “Aí já não sei, gurria”. Matias, então, preparou um cigarro de papel, pediu licença e disse que tinha que ir embora.

Além dessa situação, em outras conversas ouvi argumentos como “não é que ele é louco, ele é doente mesmo” e “doente, doente, não fica de bobagem, se fazendo de louco, porque aí tá mal mesmo”, que também apontavam para uma distinção entre loucura e doença (no caso, doença mental) e indicavam algumas possibilidades para a reflexão sobre tais categorias nos processos de desinstitucionalização.

Segundo Matias, louco todo mundo é um pouco. Entretanto, segundo ele mesmo dá a entender, a loucura de que todo mundo experimenta um pouco parece ser diferente daquela que, no seu entendimento, seria a “loucura de doença”, experimentada por alguns, mas não todos. Ele não indicou quais seriam as diferenças, mas provocou algumas reflexões sobre os limites e as tensões entre ambas.

A provocação de Matias quanto a uma possível distinção entre “loucura” e “loucura de doença” faz pensar, de início, sobre os argumentos de Foucault (1981) de que, com o advento da modernidade há uma substituição de uma noção de relação entre razão e desrazão por uma noção de oposição entre elas, ficando a desrazão intimamente relacionada à loucura e, conseqüentemente, tida como problemática e excluída da ordem social.

Além disso, como apresentou Foucault (1997), os saberes relacionados à loucura e seus espaços de reclusão, social e historicamente situados, criaram as possibilidades para que a psiquiatria fosse se apropriando da loucura como seu objeto por excelência. Para o autor, a constituição de uma doença mental que devesse ser submetida ao tratamento físico e moral foi o que fundamentou as práticas que constituíram os hospitais psiquiátricos. Tais hospitais, na passagem para a era moderna, deixaram de ser um lugar de depósito, como o asilo da era clássica, para se tornar um lugar de constituição de verdades, de individualização e normalização dos comportamentos.

Nessa passagem ou captura, em que a loucura ganhou o estatuto de doença mental, talvez esteja uma das diferenças indicadas por Matias. Poderíamos refazer a expressão dita por ele, alegando que “louco que não é doente todo mundo é um pouco”, já que a loucura de doença é condição apenas de alguns. Alguns escapam dessa captura, outros não. Corroboram tal concepção os argumentos de Foucault (1995) de que nas relações complexas de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência, que nos permitem pensar nas possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escapar dos saberes e poderes constituídos.

O processo de reorientação da assistência psiquiátrica preconizada pela política pública de saúde mental tem buscado construir outro lugar social para a loucura e possibilitar outras relações da sociedade com os supostos loucos. A transformação cultural tem sido apontada como o maior desafio para os processos de desinstitucionalização no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, como mostram os trabalhos de Dimenstein e Alverga (2005), Scarcelli (2011) e Amarante (2007).

Segundo Yasui (2010, p. 175), a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica apontada por Amarante (2003) deve ser pensada a partir de dispositivos e ações artísticas e culturais, mas também como um processo civilizador, designado por ele “como movimento que busca construir essa sociedade mestiça, marcada pelo diálogo, pela convivência e por um profundo respeito às diferenças”.

A suposição de Matias de que louco todo mundo é um pouco também ajuda a refletir sobre os processos de desinstitucionalização decorrentes da política pública de saúde mental e sobre a construção de outro lugar social para a loucura. Ao propor uma adjetivação para a loucura, ou seja, a loucura de doença, Matias adverte sobre uma possibilidade de convivência e diálogo com a loucura em seu

contexto. Aponta também para o proposto por Pelbart (2009, p. 40) de que “nem sempre aquilo que nós chamamos de loucura significou doença”, bem como para o fato de que nem sempre o que a biomedicina entende como doença mental é concebida como loucura ou mesmo como doença pelos sujeitos que têm suas experiências marcadas por problemas dessa ordem.

O alerta de Matias também diz respeito ao fato de que o processo de redirecionamento da assistência psiquiátrica não deve significar direcionar a loucura para outros espaços que estejam marcados pela lógica manicomial, mas redirecionar e redimensionar os saberes, fazeres e poderes que compõem esse campo. Tal como apontou Rotelli (2001, p. 89), “Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura”.

Outro aspecto apontado por Matias diz respeito aos limites entre uma loucura possível, que acomete a todos, e a loucura de doença. Tal distinção poderia redefinir as categorias nosográficas apresentadas pelo modelo biomédico e se aproximaria das discussões feitas por Canguilhem (2006) a respeito do *continuum* entre o normal e o patológico. Para Canguilhem (2006, p. 135), “a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente”.

A possibilidade de pensar uma loucura compartilhada por todas as pessoas, implícita na expressão “louco todo mundo é um pouco”, talvez seja uma maneira de aproximação, nesse *continuum*, com outra loucura, a loucura de doença. Tal aproximação permitiria, nesse sentido, constituir maneiras de subjetivar e conviver com experiências com as diferenças sem aprisioná-las ou mesmo classificá-las, criando estratégias de resistência aos “regimes de controle que tentam calar e capturar movimentos instituintes, propagando uma pretensa hegemonia” que, segundo Lavrador (2012, p. 404), é um dos desafios contemporâneos da Reforma Psiquiátrica.

As experiências sociais de sujeitos em processos de desinstitucionalização e os modos como articulam categorias significativas como a loucura e a doença mental em suas experiências de sofrimento indicam algumas transformações socioculturais desencadeadas pela política pública de saúde mental.

4 Articulações entre loucura e doença mental nas experiências sociais

A outra situação vivida durante o trabalho de campo, aliada à apresentada anteriormente e a outras, propiciou algumas possibilidades de reflexão sobre uma possível articulação entre as categorias “loucura” e “doença mental” por parte dos sujeitos, motivo por que é descrita a seguir.

Eu estava sentada no “fumódromo”, como é chamado o local onde as pessoas se reúnem para fumar no pátio do CAPS, com Matias, Leonardo, Joana e Marcos (estes últimos são casados). Conversávamos sobre emprestar ou não o cartão de crédito para algum familiar fazer compras e as consequências disso, já que Leonardo estava tendo sérios problemas relativos a isso. Perguntaram-me se eu costumava emprestar. Respondi que nunca tinha sido necessário e dei algumas dicas de como entendia que Leonardo poderia resolver sua situação. Então Marcos me diz: “Sabe o quê, doutora? Eu não empresto mais nada, porque eu tenho essa minha esquizofrenia assim que não deixa”. Eu me surpreendo com sua explicação e pergunto: “Como assim, a tua esquizofrenia?”. Ele responde: “É, essa minha esquizofrenia é assim, eu fico ouvindo coisas e não posso fazer nada assim de emprestar, porque depois eu não paro de pensar, de pensar e ficar pensando no que eu fiz. Tipo assim, se a senhora me pede dinheiro assim e eu empresto, depois, se eu começar a pensar nisso, não consigo parar. É porque é assim, é da minha esquizofrenia”.

Eu entendo sua explicação, mas fico intrigada mesmo é com o que ele está chamando de “sua esquizofrenia”. Questiono: “Mas por que tu diz que é a tua esquizofrenia?”. E ele me explica: “É a minha, a minha é assim como eu te falei. Eu fico pensando, pensando tanto e começo a ficar assim, bem louco. Se eu tô assim deitado na cama e começo a pensar que tem alguém na janela, aí eu começo a ouvir conversa e aí tenho que levantar assim, ligeiro, e ver quem tá ali. Mas não tem ninguém, entendeu?”. Eu respondo: “Entendi sim, mas aqui no CAPS não tem mais ninguém que tem isso? Tu não conheces mais ninguém que também tem isso?”. Ele prossegue: “Esquizofrenia?”. “Sim”, respondo. “Tem, doutora, quase todo mundo aqui tem, mas cada um tem a sua, essa é a minha. Olha o Aldair, ele tem também, mas a dele não deixa nem ele ter cartão de crédito”. Lembrei da conversa que havia tido com Aldair quando ele me perguntou por que ele não podia votar nem fazer seus exames sozinho e o que significava ser interditado.

Os argumentos de Marcos apontam que as experiências dos sujeitos com a loucura, mesmo aquela considerada doença mental ou “loucura de doença”, como sugerido por Matias, eram marcadas por agenciamentos e articulações. Tais agenciamentos demonstram que tais sujeitos não acatam passivamente os diagnósticos que lhe são conferidos e, muitas vezes, não entendem por que foram diagnosticados desta ou daquela maneira (ANDRADE; MALUF, 2016).

Ao considerar o que era singular na sua esquizofrenia, Marcos não a desconsiderava, tampouco se deixava capturar totalmente por ela. Mostrava como fazia para lidar com seus problemas cotidianos – financeiros, mentais, sociais, dentre outros – de modo a não ficar “bem louco” por conta da sua esquizofrenia. A ideia de singularizar sua experiência evidenciava a necessidade de refletir sobre as condições que tinha para se inscrever no registro social e, assim, subjetivar-se. Diante de suas experiências, produzia “outras formas de lidar com a loucura, acolhendo sua alteridade, abrindo portas em todos os sentidos e desobstruindo a potência de invenção de possíveis”, tal como argumenta Lavrador (2012, p. 411).

Outro aspecto importante de seu argumento é que, ao reconhecer diferenças entre a sua esquizofrenia e aquelas experimentadas por seus pares, Marcos a desnaturalizava como uma categoria universal. Tal como argumentou Foucault (2000), só é possível reconhecer uma experiência como doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal e, portanto, a emergência de outros modos de reconhecimento torna-se possível à medida que vão se abrindo outras possibilidades para isso, como parece acontecer no contexto estudado. A doença mental seria, assim, apenas uma das interpretações possíveis sobre determinada experiência.

A questão da doença mental foi discutida por Amarante (1996, 2007) a partir das concepções de Basaglia, mostrando como a colocação dessa questão entre parênteses significa uma importante inversão para o processo da Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (1996, p. 80), “a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento”. O caráter cultural das doenças mentais também foi apontado por Resende, Pontes e Calazans (2015), indicando que a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) tem uma grande influência do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e que, não sem resistências, impõe categorias diagnósticas culturalmente constituídas. Entretanto, ao

contrário do que propõem tais manuais, os argumentos de Marcos, além de resistirem a tais categorias, apontam para variações da esquizofrenia calcadas não no que seria a doença mental em si, mas nas experiências dos sujeitos e no contexto em que estes estão inseridos.

Marcos olhava ao seu redor e reconhecia suas limitações, seus momentos de desrazão, mas também de razão, e as estratégias que usava para mantê-la. Como argumentam Alves e Souza (1999, p. 133), “Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele.” Por isso, o que Marcos indica com seu argumento é que não seria preciso negar a existência da doença mental, mas compreender como a experiência de sentir-se doente é significada pelos sujeitos.

Assim como a ideia de Matias de que haveria uma loucura compartilhada por todos, também o argumento de Marcos sobre uma variação da esquizofrenia dada por processos de singularização indicava um modo de articulação entre essas duas categorias e um modo interessante de repensar os processos de desinstitucionalização e as transformações socioculturais produzidas pela Reforma Psiquiátrica ao longo dos anos.

5 Considerações finais

Os argumentos de Marcos sobre a possibilidade de singularização de sua doença mental, aliados ao de Matias sobre uma loucura possível e passível de ser incluída na ordem social demonstram o quanto o redirecionamento da assistência psiquiátrica possibilitou transformações importantes no âmbito das experiências dos sujeitos com a loucura.

A retomada de uma noção de relação entre razão e desrazão e não de oposição entre elas, proposta por Matias a partir de suas experiências, indica a necessidade de se refletir com mais intensidade sobre os processos de desinstitucionalização da loucura, tal como alertou Rotelli (2001). Além disso, a possibilidade de singularização de tais experiências, apresentada por Marcos, indica uma desnaturalização da doença mental como categoria universal e permite antever uma ampliação dos modos de conviver e se relacionar com a loucura.

Ao considerar as experiências dos sujeitos-alvo da política pública de saúde mental, é possível construir outras maneiras de compreender os processos de desinstitucionalização e os desafios presentes no

contexto brasileiro. Como argumentaram Providello e Yasui (2016, p. 1.527) a partir da obra de Foucault, “pensar fora de um paradigma psiquiátrico da loucura não é só possível, como a Reforma Psiquiátrica vem nos dizer, mas também é um ângulo diferente para se olhar a questão”. Entendo que pensar fora do paradigma psiquiátrico permite reconhecer que os sujeitos constroem estratégias de luta e resistências aos saberes instituídos, bem como interpelam e provocam as supostas verdades construídas social e historicamente.

Nesse sentido, destaco a importância de se discutir a doença mental e a loucura tanto no plano institucional quanto no plano das experiências sociais e das singularidades que compõem a política pública de saúde mental a fim de contribuir para uma compreensão ampliada dos processos de desinstitucionalização.

Referências

BRASIL. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 2, 9 abr. 2001, Seção 1.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, v. 26, n. 1, p. 251-270, 2016.

_____; _____. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BEZERRA, B. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 4598-4600, 2011.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. I. São Paulo: 34, 2007.

DIMENSTEIN, M.; ALVERGA, A. R. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 45-66.

FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 355-385.

_____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

LAVRADOR, M. C. C. A psicologia e os desafios contemporâneos da reforma psiquiátrica. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). *Diálogos em psicologia social*. Rio de Janeiro: Centro Edelsteins de Pesquisas Sociais, 2012. p. 402-413.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, 2011.

PASSOS, I. C. F. *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argumentum, 1999.

PELBART, P. P. *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: 34, 1994.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 4579-4589, 2011.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciência, Saúde*, Manguinhos, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, 2013.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015.

RIBEIRO, E. S.; BAPTISTA, L. A. Ruídos e silêncios de um corpo na cidade: paradoxos da produção da diferença no contemporâneo. *Psicologia em Revista*, v. 22, n. 2, p. 372-389, 2016.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SCARCELLI, I. R. *Entre o hospício e a cidade: dilemas do campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni, 2011.



“Um corpo mar gerado, mar formado, é um corpo doente, sim senhora”: os resguardos de corpo e de boca e a construção de corpos saudáveis no Baixo Amazonas

Maria Audirene de Souza Cordeiro
Deise Lucy Oliveira Montardo

1 Introdução

Este capítulo apresenta resultados de uma pesquisa etnográfica sobre os quarenta dias de resguardo de sete mulheres da cidade de Parintins (AM). O estudo fez parte de uma pesquisa de doutoramento, realizada de 2014 a 2017, sobre as práticas não biomédicas de cura na zona urbana do município. Neste texto, desvelamos como os “resguardos de corpo e de boca” – conjunto de interdições ao qual a mãe e o pai estão sujeitos – podem ser entendidos como “ritos liminares”. Para tanto, explicitamos os cuidados e os procedimentos adotados pelos membros da família nuclear para assegurar a construção de corpos saudáveis, aptos a exercerem a função social para a qual foram gerados. De acordo com a exegese local, é nessa fase que o corpo da “cunhantãe-mulher” é preparado para tornar-se mulher-mãe; o do(a) recém-nascido(a), para ser criança; e o do “curumim-grande”, para ser homem-pai. O trabalho registra, ainda, as estratégias adotadas pelas famílias para driblar os

cuidados impostos pelas agentes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação aos(as) recém-nascidos(as) e, conseqüentemente, manter os cuidados intrínsecos ao modo de vida local.

A pesquisa – da qual este capítulo apresenta alguns resultados – sobre as práticas não biomédicas¹ de cura na zona urbana de Parintins² (AM) foi desenvolvida de março de 2014 a janeiro de 2017. Essa imersão, dentre outras informações sobre o cenário da cura local, possibilitou registrarmos 256 agentes em práticas não biomédicas de cura e a existência de uma rede invisibilizada de cura na cidade e identificarmos a categorização local para doenças,³ as diversas modalidades de diagnóstico e de tratamento para os processos de adoecimento e a relação de imanência entre os moradores da cidade e os “bichos do fundo”.

A categoria “bicho”, em Parintins (AM), refere-se aos habitantes da “cidade do fundo”, ou “cidade encantada”, localizada no fundo de rios, igarapés, paranás e lagos da região do Médio Amazonas – diferentemente do registro de Wawzyniak na região do Tapajós, onde a categoria é usada para denominar qualquer ser estranho ou potencialmente perigoso, abrangendo, “além dos encantados, as agências modernizadoras e seus técnicos, os quais, sob diferentes ‘formaturas’, aparecem repentinamente na vida cotidiana, individual ou coletiva” (2012, p. 24). Os(as) interlocutores(as) da pesquisa não se referem a esses “bichos” como não humanos, tampouco a si mesmos, mas costumam afirmar que vivem “igual a gente”, já que, de acordo com as narrativas dos que já foram à cidade do fundo, andam de bicicleta, preparam comida, tocam, cantam e dançam nas festas que ocorrem lá.

Segundo a exegese local, os moradores da cidade de cima, Parintins, são “gente”, e os “bichos do fundo” são ora chamados “bichos-gente”, ora “gentes-bicho”. Esses seres são ambivalentes, pois, assim como podem ajudar os(as) morador(as), também podem atacá-los(as), causando-lhes problemas de saúde e até a morte, prejuízos financeiros e/ou deixando-lhes “panema” (sem sorte na pesca e/ou na caça).

¹ O termo é usado neste trabalho no sentido clastreano de deslocamento da privação para a oposição (CLASTRES, [1974] 2003).

² O município de Parintins (AM) está localizado na 9ª sub-região, no Baixo Amazonas, território brasileiro. Já a cidade de Parintins, ilha sede do município, está situada à margem direita do rio Amazonas, a 369 quilômetros de Manaus em linha reta e a 420 quilômetros pela via fluvial (SOUZA, 1996). A população é de 102.033 pessoas, sendo 69.850 residentes na zona urbana e 32.143 na zona rural (IBGE, 2014).

³ A descrição da rede invisibilizada de cura e a categorização de doenças registradas na cidade constam em Cordeiro e Montardo (2015).

Inseridos e partícipes em um cenário de diferentes “cosmologias” (ARHEM, 1996),⁴ os(as) agentes da cura e moradores(as) da cidade de Parintins (AM) constroem e partilham conhecimentos com os “bichos do fundo”. Junto com estes, formam uma comunidade de pessoas ordenadas conforme os mesmos princípios (ARHEM, 1993; DESCOLA, 1992; GALVÃO, 1955; HARRIS, 2000), e é por meio de uma relação de imanência⁵ com esses “bichos do fundo” que os(as) ribeirinhos(as) buscam dar sentido ao mundo em que vivem e aos fenômenos que os atingem (GEERTZ, 1989).

2 *Locus* e passos etnográficos

A etapa da pesquisa cujos dados socializamos neste capítulo foi realizada em duas fases. Na primeira, uma das pesquisadoras, Cordeiro, morou durante 20 dias (de 3 a 23/4/2014) na casa de Gegê – uma das 37 agentes de práticas não biomédicas de cura da cidade. Apesar do pouco tempo, a experiência com a família de Gegê⁶ foi tão intensa e reveladora que nos fez redesenhar a pesquisa no bairro. Foi durante esse período que pudemos perceber que as doenças tratadas por tais agentes estavam diretamente relacionadas aos “resguardos de corpo e de boca” impostos ao pai e à mãe de recém-nascidos durante a gestação e o pós-parto.

Na segunda fase, de 24/3/2015 a 20/7/2015, Cordeiro circulou pelo bairro e manteve contato com seis outras interlocutoras⁷ que vivenciavam a fase do resguardo e outros(as) moradores(as) a fim de

⁴ Para Arhem (1996 apud WAWZYNIAC, 2010), cosmologia pode ser entendida como “um construto cultural holístico formado por um conjunto de representações e saberes os quais orientam os indivíduos, moral e existencialmente, na sua interação com a natureza” (p. 41).

⁵ A concepção de imanência a partir da qual temos olhado esse sistema cosmológico foi erigida dentro da filosofia de Gilles Deleuze, que se apresenta como uma filosofia da imanência, a qual “pensa a articulação interna de termos em relação sem remissão a um termo fora dessa articulação que portaria o sentido da relação: o sentido é dado pela própria relação” (CARVALHO, 2011, p. 175).

⁶ O nomes próprios citados ao logo do texto não são os nomes “de registro” dos(as) interlocutores(as), conforme acordado no termo de consentimento livre esclarecido.

⁷ Dessas seis colegas de campo, Jerusa (48 anos), Glória (28 anos) e Joana (29 anos), mães experientes, cursaram apenas as séries iniciais. Já as mães de primeira viagem estavam em diferentes momentos escolares: Soraia (19 anos) cursara até o nono ano do ensino fundamental; Kelen (16 anos) e Cristiane (16 anos) ingressaram no primeiro ano do ensino médio, mas interromperam os estudos por causa da gravidez.

registrar se os(as) demais ribeirinhos(as) migrantes do bairro ainda mantinham, como registrado na casa de Gegê, os costumes e cuidados em relação a esse momento do ciclo da vida.

Os resultados nos levaram a descobertas sobre como a não atenção aos cuidados com o corpo, o não cumprimento dos rituais de cura e “fechamento do corpo” da mulher parida, da criança e o não respeito aos “resguardos de corpo e de boca” pela mãe e pelo pai da criança podem afetar a vida adulta dos membros da família.

3 Cuidados no pré e pós-parto e a construção de novos corpos

Os cuidados iniciais no preparo do corpo a ser gerado começam com a “puxação/pegação da barriga” da grávida, que consiste numa série de manobras executadas por uma “puxadeira”⁸ – geralmente também parteira – a fim de “arrumar” o feto na barriga da mãe. Durante uma das inúmeras sessões de “puxação/pegação” que presenciamos, dona Piedade, uma parteira negra, “conhecedora de remédio caseiro”,⁹ nascida em um quilombo em Oriximiná (PA),¹⁰ mas moradora há mais de 30 anos em Parintins (AM), explicou a importância de a mulher grávida mandar “pegar/puxar” a barriga:

Cada vez que ela vem aqui, vou amassando devagar essa criança, para ir formando direitinho o braço, a cabeça, as pernas, o corpinho dela, vou rezando e apalpando [apalpando] mais forte aqui e mais leve ali, iguar como eu fazia minhas panelas de barro. Daí que ele ou ela nasce perfeitinho, tudo bolidinho [com formas bem torneadas].

– A senhora vai, vai fazendo a criança, é isso?

Não. Vou ajudando a fazer, que quem é o oleiro é Deus. Nós vamo ajudando, né? Que é muita criança pra moldar, num é

⁸ Categoria local usada para se referir à agente em prática não biomédica de cura que “puxa” barrigas de grávidas, ou seja, conhece e aplica uma série de manobras que aliviam o desconforto causado pelo fato de a “criança” não estar bem posicionada na barriga da mãe.

⁹ Categoria local usada para designar agentes não biomédicos de cura que conhecem plantas, ervas e cascas e produzem remédios para o tratamento e cura de diversas doenças.

¹⁰ Cidade localizada a aproximadamente 16 horas de barco a motor de Parintins (AM).

mermo? E um corpo mar gerado [mal gerado], mar formado [mal formado], é um corpo doente, sim senhora (Dona Piedade, 84 anos, em 19/6/2015).

Essa indicação de que o corpo vai sendo moldado, formado, torneado por diferentes atos e processos interiores e exteriores ao útero é uma concepção há muito referendada nas terras ameríndias por estudos etnológicos (SEEGER et al. 1987 [1979]; VELDEN, 2007). Para as “puxadeiras”, a mulher “que não manda puxar barriga” está comprometendo a boa formação da criança, que, conseqüentemente, nascerá com o corpo fraco e sujeita a problemas de saúde após o nascimento e durante toda a vida.

Se hoje esse povo é todo fraco, num, num pode apanhar uma chavinha, trabalhar pesado que adocece, é por causa do abandono desses cuidados. Aí hoje ninguém pede pra pegar barriga, para acomodar a criança direitinha, pra ela ir se formando forte. Num vê tomar um banho de força, num guarda o resguardo, nem mermo dá esses banho fede e cheroso nas criança. Quarquer coisa corre pro posto e toma remédio que conserta uma coisa e esculhamba outra (Dona Bena, 82 anos, parteira, que sabe puxar barriga e colocar a mãe do corpo no lugar, em 14/5/2014).

Todas as mulheres interlocutoras da pesquisa, logo que retornaram do hospital, se submeteram aos cuidados de uma agente de práticas não biomédicas de cura, a fim de “fecharem as cadeiras”¹¹ e “colocarem a mãe do corpo no lugar”.¹² Essas puxadeiras, pelo que foi relatado por Jerusa, 48 anos, mãe do oitavo filho, já eram velhas conhecidas da família:

Quando a gente vem pra cidade, num vem, vem SOLTO, né? Vem pra perto de um parente, conhecido ou cumpadre... que, que, quando vê a gente se queixar de alguma doença, ensina onde fica o hospital, onde tem um curador, benzedor ou puxador de confiança, desses com quem a gente já tem um compromisso de cura.

¹¹ Consiste em uma série de manobras cujo objetivo é realojar (fechar) os ossos da bacia (“as cadeiras”), que se deslocam para acomodar o feto.

¹² Trata-se de um conjunto de práticas realizadas logo depois que a mulher “parida” retorna do hospital e tem como objetivo reafirmar o umbigo (“o olho do corpo”) no lugar, pois ele fica solto depois que a criança nasce. Além de manobras, as puxadeiras costumam preparar e servir o caribé – caldo preparado com farinha de mandioca, pimenta-do-reino e manteiga. O alimento ajuda a “firmar” a mãe do corpo no lugar.

– Compromisso de cura? Como assim?

A gente num pode dar o corpo da gente pra, pra QUALQUER PESSOA pôr a mão em cima [...] (Jerusa, 48 anos, em 28/4/2015).

Uma das primeiras perguntas feitas ao visitá-las em casa era se guardariam o “resguardo de corpo e de boca”.¹³ As mães mais experientes asseguraram que sim, porque sabiam das consequências de não cumprirem com essa “obrigação”. A opinião das mães de primeira viagem diverge um pouco quanto a essas práticas:

Isso é coisa de gente do interior. A enfermeira me falou que com 15 dias já posso fazer tudo e que essas coisas de reimoso não existe. Ela só me pediu para evitar transar, né? Porque a gente tá toda fede e machucada por dentro, mas esse negócio de banho de asseio, que eu faria se quisesse, porque não prejudica nem ajuda (Cristiane, 16 anos, 18/6/2015).

Desde a manhã seguinte, após retornarem do hospital, mãe e filho são submetidos, durante sete dias, a uma sessão matinal de “banhos de proteção”. Os banhos para a mãe são diferentes dos banhos para os(as) filhos(as). Conforme me explicou dona Esmeraldina, “o corpo da parida fica muito *fede, fede* de pitíú, *fede* pra nosso gosto, mas doce pro gosto dos bichos do fundo, por isso é preciso *tomá* banho cedo, para *limpá e protegê* o corpo”. Já o corpo da criança precisa ser “coberto de cheiro de folha *fede*, para não atrair as *coisa* ruins pro olho do corpo dele”.¹⁴

¹³ O “resguardo de boca” consiste de uma série de restrições alimentares impostas à mãe e ao pai. Essa dieta tem início para a mulher logo após a descoberta da gravidez, por isso podem ser definidos como “tabus de história de vida” (COLDING; FOLKE, 2000). Além das restrições alimentares, a jovem mãe e o jovem pai precisam cumprir o “resguardo de corpo”. A mãe não pode realizar atividades físicas que despendam força ou produzam suor, nem passear pelo quintal ou na rua com a criança enquanto o umbigo não cair, nem tampouco manter relações sexuais com o marido durante os 40 dias de pós-parto. Já ao pai é proibido trabalhar no pesado e entrar em cemitério durante os sete primeiros dias de nascimento do filho. Caso desrespeite qualquer uma dessas recomendações, o umbigo da criança sangrará, inflamará, e isso causará problemas sérios para o filho depois de adulto, tais como dificuldade para carregar peso, capinar, encoivarar ou realizar tarefas que lhe exigissem firmeza e força.

¹⁴ As mulheres mais velhas afirmam que o umbigo do(a) recém-nascido(a) é o olho do corpo e que, por meio desse orifício, entra no corpo humano a maldade do mundo. A fim de evitar essa possibilidade, elas recomendam o fechamento do olho do corpo.

O primeiro banho matinal da mulher parida, em casa, geralmente é dado pela mãe desta ou por uma das mulheres mais velhas da família.¹⁵ Sentada, de calcinha e sutiã, em um banco, a mulher é banhada pela mãe, pela sogra ou pelo marido, que, cuidadosamente, despeja água sobre a sua cabeça e, aos poucos, lava com sabão de coco “virgem” o seu corpo. Depois desse banho, ela ainda precisa tomar os banhos de asseio e de limpeza. O banho de asseio, preparado com cascas do tronco do cajueiro (*Anacardium occidentale* L.), da castanheira (*Bertholletia excelsa* Humb. & Bonpl.), do uchizeiro (*Endopleura uchi* (Huber) Cuotrecasas) e de folhas de corama (*Pedilanthus tithymaloides* Poit), é usado para lavar a genitália e, assim, fechar “as partes” da parida. Já o banho de limpeza, preparado com folhas cheirosas de canela (*Cinnamomum zeylanicum* Nees), oriza (*Pogostemon heyneanus*) e alecrim (*Rosmarinus officinalis*), é apenas despejado por sobre a cabeça da nova mãe a fim de deixá-la limpa, perfumada, forte e protegida.

O primeiro banho do(a) recém-nascido(a), em casa, é geralmente preparado em duas etapas. Na noite anterior, as folhas “fede” de vindecaá (*Petiveria alliacea* L.) e mucuracaá (*Alpinia nutans* Rose.) são fervidas, por cerca de cinco minutos, e deixadas, durante a noite, no sereno. Pela manhã, a mistura é coada, e o líquido é misturado ao banho frio, cujo preparo consta de macerar folhas de laranjeira (*Citrus aurantium* L.), oriza e alecrim na água retirada da torneira e depositada numa bacia virgem (nunca usada). O banho é deixado no sol até as 9 horas da manhã para quebrar a “dor da água”. Esse primeiro banho é quase sempre dado pelas mulheres mais velhas e acompanhado atentamente pela jovem mãe. Ao pai cabe a responsabilidade de jogar a água usada “para onde o sol se põe” e pedir que ele leve embora todos os males do corpo do(a) filho(a). Durante sete manhãs, o rito de banhar o(a) recém-nascido(a) é repetido, mas apenas nos três primeiros dias o banho é dado pela avó

¹⁵ Os banhos dados pela mãe aconteceram durante os três primeiros dias, porque a “mãe do corpo dela” estava muito frágil e era preciso evitar ficar fazendo o movimento de levantar a vasilha com água para derramar o banho sobre a cabeça. A partir do quarto dia em casa, no sexto dia de parto, ela passou a tomar banho e fazer os asseios sozinha. Os cuidados com o filho tomavam todo o seu tempo. Ela se submeteu a outras duas sessões de fechamento do corpo durante todos os dias em que estive lá. Após a chegada de Neymar, a rotina da casa foi parcialmente alterada. Todos tentavam ajudar Jeane nos cuidados com o filho, que só mamava no peito e dormia. O pai de Jéssica permaneceu conosco por cerca de dez dias e retornou para o interior. Vozinha e Gegê passavam a maior parte do dia ensinando Jeane a ser mãe. Eu observando e registrando tudo.

ou sogra; depois, a jovem mãe deve assumir a tarefa. Os banhos¹⁶ devem ser dados pela manhã, bem cedo, ou no finalzinho da tarde, três vezes por semana: às segundas, quartas e sextas-feiras.

Os cuidados com o umbigo, “o olho do corpo” do(a) recém-nascidos(a), e os ritos de proteção para o “fechamento” deste incluem um conjunto de procedimentos e medicamentos da biomedicina e das práticas não biomédicas de cura, aplicados concomitantemente até a cicatrização completa do local.

No segundo dia da chegada de Neymar, portanto no terceiro dia de vida dele, logo depois das 9 horas, recebemos a visita da enfermeira e da agente de saúde da área. Elas entraram e conversaram demoradamente sobre os cuidados com o recém-nascido, depois pediram para examinar a criança. Durante a “inspeção”, perguntaram se Jeane estava fazendo o curativo no umbigo como recomendado. Ela respondeu que sim. As duas, então, elogiaram o zelo da mãe e reforçaram a importância dos cuidados até depois dos sete dias, para evitar o tétano neonatal. Logo que saíram, Cordeiro ouviu Gegê dizer: “ainda bem que ainda não tínhamos curado, já pensou?”. Então, perguntou do que se tratava e ela lhe informou que, além do remédio do hospital, elas tinham sua própria maneira de tratar o umbigo dos filhos da família. A expressão “já pensou” indica de certo modo o receio da família em sofrer algum tipo de reprimenda por parte das agentes caso elas descobrissem que a mãe estava usando “outras coisas” para tratar o umbigo do filho.

Registramos diferentes estratégias adotadas pelas mulheres para “esconder” de enfermeiras, agentes e médicos o uso de recursos considerados não higiênicos e/ou não eficazes para diagnosticar e tratar os problemas de saúde que surgem durante a gravidez e o pós-parto. Dentre elas estão negar o uso de outros meios de tratamento a não ser os recomendados e prescritos por eles e higienizar bem a criança e a

¹⁶ Durante os primeiros anos de vida, a mãe deve dar diferentes banhos na criança, dependendo do comportamento e da personalidade dela. Se for muito chorão/chorona, é preciso dar banho de oriza; se for muito mijão/mijona, banho de quebra-pedra; se for muito irritado(a), o banho de oriza e alecrim resolve; se apresentar dificuldade para dormir, o banho de alecrim e erva-cidreira (*Melissa officinalis*) há de lhe proporcionar um sono calmo; se começar a acordar assustado(a) e chorando, o banho deve ser de folha “fedê” – (cipó-alho: *Adenocalymna alliaceum* Miers), mucuracaá (*Petiveria alliacea* L.) ou vindecaá-pajé (*Alpinia nutans* Rose) – para espantar o que está amedrontando a criança. Mesmo que não apresente nenhum desses sintomas, pelo menos de vez em quando, a mãe deve banhar o corpo da criança com manjerição para lhe garantir uma boa sorte.

elas mesmas antes das consultas regulares a fim de apagar os vestígios de banhas, óleos e unguentos, assim como a essência das plantas utilizadas para chás, banhos, cataplasmas e/ou defumações. Quando essas estratégias falham e o uso desses “recursos” é descoberto, as mães explicaram que “jogam” a culpa em algum membro mais velho da família, geralmente as avós, alegando que o “tratamento” fora feito sem a permissão delas.

Algumas confessaram que durante “o flagrante” é comum os médicos, enfermeiras e/ou agentes de saúde assustá-las, afirmando que, se a criança piorar ou morrer, a culpa será delas. Além disso, “procuram convencer a gente de que nada disso funciona, que tudo é psicológico, é coisa de gente ignorante que vive no interior e que agora que a gente mora na cidade deve deixar isso tudo pra trás”. Questionamos se elas concordam com o que lhes é dito – “na frente deles a gente concorda, mas a gente sabe que os *remédio* deles e os *nosso* são *bom*, e que a gente, quando achá que *tá certo*, usa os deles e, quando *tivé* mais fé nos *nosso*, usa os *nosso*, né?” (Jerusa, 48 anos).

Durante a pesquisa, constatamos o uso concomitante de práticas tanto da biomedicina como das recomendadas pelos(as) agentes em práticas não biomédicas de cura e pelas mulheres mais velhas da família para “curar” o umbigo dos(as) recém-nascidos(as).

Para o “fechamento do olho do corpo”, depois de fazerem o curativo “do hospital”, recomendado pela enfermeira do posto e que se resumia a passar o álcool 70% ao redor do umbigo, a maioria das mulheres aplicava o curativo “da família”. Após enxugar o local com uma fralda de tecido, limpam, passavam o álcool com um cotonete em torno do coto umbilical. Logo depois, espargiam uma mistura de andiroba (*Carapa guianensis* Aubl.) e copaíba (*Copaifera spp.*) no umbigo e, depois, distribuía cuidadosamente um pó bem fino, resultante da mistura do pó do umbigo (espinho) do taperebazeiro¹⁷ (*Spondias mombin* L.) com o pó da meracilina (fenoximetilpenicilina potássica) em torno do coto. Como fase final, a mãe colocava “o penso” (uma faixa de pano amarrada em torno da barriga para proteger o umbigo), que só era retirado durante o banho.

Olhe, dona, esses cuidado tudo que temo com esse pagãozinho, minha mãe, a mãe da mãe dela e de nossas mãe pra trás já tinha.

¹⁷ Um mês antes, o seu Jorge trouxe do interior os espinhos do taperebazeiro, chamado por eles de “umbigo” do taperebazeiro, que foi colocado ao sol para secar e depois foi ralado para a produção do pó para curar umbigos.

Pois, como me ensinar, o umbigo de recém-nascido é o olho do corpo, e é pelo olho que tudo entra na gente e num, num sai porque vai dritinho, dritinho [diretinho] pra cabeça. A mardade do mundo entra, entra na gente pelo olho. Fazendo isso que tamo fazendo, protegemo o olho do corpo e nenhum mar [mal] do mundo vai apertubar a tranquilidade da mente da criança. Ele vai ser um filho arbediente [obediente] e não vai ser malino [violento], nem ladrão, nem vai tirar o sangue de ninguém. Sabe por que tem tanta mardade neste mundo? Porque ninguém faz mais isso. As criança ficam com o olho do corpo aberto, e por aí entra toda a escuridão da vida. Daí crescem e vão ser o que num presta, mas na nossa família, enquanto eu viver, vou cuidar deles tudo, é assim que é (Dona Esmeraldina, enquanto cuidava do umbigo do bisneto, em 12/3/2015).

Nos sete casos de mães de recém-nascidos(as), além da expectativa em torno da queda do umbigo, um fato curioso nos chamou atenção: os cuidados com o coto umbilical. Todas resolveram guardar muito bem essa parte do corpo do filho. De acordo com a recomendação “dos mais velhos”, o umbigo deveria ser muito bem guardado porque ele poderia ajudar a traçar o destino, a vida futura da criança.

Se a criança tivesse vindo laçada (com o cordão umbilical em torno do pescoço), o coto deveria ser jogado nas águas do rio quando este estivesse muito agitado. Assim, a má sorte de morrer afogada ou enforcada, indicada pelo laço no pescoço, estaria cortada, e a pessoa não morreria assim. Caso a mãe desejasse um futuro de riqueza e prosperidade para o filho ou filha, deveria “plantar” o coto (ou pedir a alguém para fazê-lo) na porteira de uma próspera fazenda. Se a aspiração fosse vê-lo servir às forças armadas, o local mais apropriado para a “plantação” seria um quartel. Se ela demorasse em “plantar” o coto e este fosse roído pelos ratos, a criança seria ladrão ou ladra e, se a relíquia tivesse se perdido, a criança se tornaria uma pessoa adulta sem paradeiro certo, um(a) andarilho(a). Todas às vezes em que tive a oportunidade de conversar com as pessoas do bairro e da cidade sobre o “destino do umbigo”, a resposta era sempre uma das alternativas citadas acima.

O “penso” é um recurso de proteção do “olho do corpo”, uma faixa em algodão medindo a largura de aproximadamente quatro dedos da mão de um adulto. O cumprimento deve ser suficiente para contornar a barriga da criança, com duas tiras, uma em cada ponta, as quais são usadas para prender a faixa bem firmemente em torno do corpo do(a)

recém-nascido(a). A criança deve usar a “cinta” até o umbigo cair e sarar completamente. O uso permanente dessa proteção, até depois de o umbigo sarar, evita a rasgadura de umbigo, doença causada devido ao esforço feito pelo(a) recém-nascido(a) para chorar, por causa das cólicas ou por causa da espremedeira.

O “penso” parece também acumular uma função estética. Depois de o umbigo cair, Glória, Soraia e Kelen encaparam um botão pequeno de camisa masculina e colocaram-no bem em cima do local, a fim de deixar o umbigo do(a) filho(a) “bem fundinho, bem bonitinho”.

4 As interdições e a construção de corpos saudáveis

A relação entre os processos de adoecimento da vida adulta e o respeito às boas práticas de construção de corpos saudáveis durante o período do resguardo fica ainda mais clara depois que observamos os cuidados com a mulher parida e com o(a) recém-nascido(a). Organizamos os dados etnográficos em três itens: consequências da falta de cuidados com os(as) recém-nascidos(as), consequências do não resguardo para a mãe-“cunhantãe-mulher” e consequências do não resguardo para o pai-“curumim-grandê”.

A mãe, ainda durante a gravidez, não deve ingerir determinados alimentos, caso contrário poderá causar danos irreversíveis ao novo corpo que está sendo gerado e contribuir para a suscetibilidade do corpo do filho em contrair determinadas doenças. Após o nascimento, o corpo da criança é visto como “melindroso” (frágil) e desprotegido, principalmente antes da queda do coto umbilical e da cicatrização total do umbigo. Vários cuidados funcionarão como uma espécie de armadura de fortalecimento e de proteção. Uma rede integrada de proteção é construída pelos pais, parentes próximos e agentes de cura, visando assegurar um desenvolvimento inicial saudável do corpo ainda em formação.

Essa rede atua mais fortemente durante os primeiros dias de vida do novo ser humano. Os cuidados com o umbigo parecem ser decisivos para assegurar um corpo saudável e apto para o trabalho – daí o respeito aos “resguardos de boca e de corpo” dos pais ser fundamental. O desrespeito às restrições é duramente criticado pelos mais velhos da casa, ou de fora, como a intervenção de dona Maria no caso do filho

de Cristiane.¹⁸ Alertados sobre as terríveis consequências para a saúde futura do corpo da criança, o pai e/ou mãe da criança são sensibilizados a cumprir os resguardos.

Caso o umbigo demore a cair, inflame, não cicatrize adequadamente ou sofra uma rasgadura, a criança sofrerá o ataque de várias doenças: vento incausado (barriga distendida), rasgadura de “imbigo”, diarreias constantes, febre “de vez em quando”, além de ser vítima de “tudo quanto é quebranto”. Depois de adulto, o corpo dificilmente será saudável: poderá sofrer de estômago fraco, “tudo que *comê* fará mal” e nunca será uma pessoa forte, completa, para o trabalho, pois sentirá dores em diversas partes do corpo e, à medida que for se tornando mais velho(a), sofrerá frequentes ataques da mãe do corpo. Além disso, também estará sempre vulnerável ao “ataque dos bichos do fundo”, que poderão “flechá-lo” ou mesmo “atacá-lo”.¹⁹

Outra consequência da falha quanto aos cuidados nessa fase inicial da vida é em relação à formação moral desse futuro adulto. Para as pessoas mais idosas, o uso do “penso”, terminantemente proibido pela rede biomédica, seria uma forma de proteger o umbigo, denominado de “olho do corpo”, contra as forças da escuridão.

Essas forças seriam responsáveis pelo comportamento violento, desrespeitoso e até criminoso do futuro adulto. Sem o “penso”, o olho do corpo ficaria aberto, possibilitando a entrada desses elementos negativos, os “bichos do fundo” ruins, no corpo da criança. Depois de penetrarem no corpo, ainda sem maldade, esses seres em forma de fumaça “que ninguém vê [fluidos?]” seguiriam direto para a mente da

¹⁸ Durante o trabalho de campo, registramos uma grave inflamação no umbigo do filho de Cristiane. Para tratar o problema, a mãe recorreu ao posto de saúde – o médico prescreveu antibióticos injetáveis – e a uma benzedeira, a qual revelou que o pai da criança não estava respeitando o resguardo. Como ele não “assumira” o filho e ainda morava com os pais, a benzedeira foi alertar os avós paternos sobre a situação e exigir que eles resolvessem o problema a fim de evitar a morte da criança. Não podemos precisar qual das práticas (se não ambas) surtiu efeito, mas, dias depois, a criança estava bem.

¹⁹ De acordo com a maioria dos relatos, quando um “bicho do fundo” “flecha” alguém, a pessoa não consegue mais caçar ou pescar, e suas plantações apodrecem sem nada produzir. Já quando a “ataca”, a vítima pode adoecer gravemente, enlouquecer, desaparecer nas águas ou matas e até mesmo morrer. Um dos ataques considerados graves é o roubo da sombra. A sombra da pessoa é levada pelo bicho para o fundo, e corpo vai definhando até morrer, sem que os médicos da biomedicina consigam curá-la. A cura só pode ser obtida com a intercessão de um curador sacaca – único capaz de negociar com os “bichos” e libertar a “sombra” da pessoa.

criança. Como sementes ruins, ficariam ali, crescendo e tomando o corpo e o caráter da pessoa. Depois da pessoa já crescida, as senhoras e senhores da cura afirmam que não adianta dar banho de folha “fede” ou qualquer benzimento, pois os “bichos do fundo” do mal já entraram e “tomaram conta” da pessoa, de modo que ela nunca será boa.

Como já apontado, há ainda que se atentar para a advertência quanto aos cuidados com o coto umbilical. O destino dado a essa parte do umbigo parece ter ingerência no futuro da criança. Se “plantado” adequadamente, o(a) filho(a) poderá ser um(a) adulto(a) estudioso(a), militar ou uma pessoa próspera; se for lançado ao rio, poderá livrá-lo da sina de morrer afogado ou enforcado; mas, se for perdido, a pessoa tende a nunca se fixar em lugar algum; e o pior de todos os destinos: se a relíquia corporal for devorada por ratos, ter-se-á um ladrão ou uma ladra na família.

As consequências para o corpo da mulher parida que não cumpre os “resguardos de corpo e de boca” também são de ordem física e moral. O corpo da mulher durante a gestação de um novo corpo precisa se submeter a diversos “arranjos internos”, como afirmam não só as agentes de cura que puxam barriga e colocam a mãe do corpo no lugar, mas, principalmente, as mulheres mais idosas. Esses arranjos, aos poucos, vão retirando as energias da vida da mulher. Por isso, logo após o parto, ela precisa fechar os peitos, as cadeiras e “agasalhar a mãe do corpo no lugar”. Se não cumprir esses ritos iniciais, sofrerá muito com o passar do tempo e não se tornará uma mulher completa. A futura saúde física, emocional, mental e afetiva da cunhantãe-mulher-mãe depende fundamentalmente dos cuidados nessa fase liminar na qual deixa de ser cunhantãe-mulher e passar a assumir a função social de mulher-mãe.

De acordo com as narrativas e observações, os problemas de ordem física relacionados ao não fechamento do corpo dizem respeito a dores nas articulações, nas cadeiras e nas pernas e ao risco de passar o resto da vida sofrendo ataques da mãe do corpo. Já o não cumprimento dos “resguardos de boca” (consumo de alimentos reimosos) deixará a mulher com útero fraco, suscetível a “escorrimentos” (secreções com forte odor e cor avermelhada), quando não a fortes hemorragias.²⁰ Quando se trata do primeiro filho, a causa do sangramento dela ou

²⁰ As mulheres acometidas de forte e ininterrupto sangramento durante o período do pós-parto são definidas como “as que sofrem de útero fraco”, porque já sofreram ou provocaram aborto, contraíram alguma doença sexualmente transmissível ou, ainda que nos partos anteriores, não cumpriram os resguardos.

do umbigo do filho é atribuída ao descumprimento do resguardo, principalmente de boca. Se porventura comer alguma comida reimosa, principalmente carne de porco ou peixe de pele, pode causar a demora na cicatrização do umbigo ou o aparecimento de coceiras pelo corpo do(a) pequeno(a).

Um dos maiores desafios para o cumprimento do “resguardo de corpo” é não manter relações sexuais até os 40 dias. Todas me confidenciaram que os maridos,²¹ depois de 15 dias, “querem porque querem dar uma enfiadinha”, alegando não estarem conseguindo se controlar. Em muitos casos, elas tendem a ceder, principalmente as mães de primeiro filho ou aquelas que já sofreram algum tipo de traição por parte do marido. Todavia, as mulheres mais velhas e as puxadeiras e parteiras as aconselham a não fazer isso, pois colocarão não só a saúde delas em risco naquele momento, mas para o resto da vida.

Toda mulher que mantém relação sexual antes dos 40 dias ou consome os alimentos proibidos torna-se “dois efes”: frouxa e fede. De acordo com os dados de campo, “naqueles dias” os “tendões” da vagina da mulher ainda estão muito moles, fracos, devido ao esforço para permitir a passagem da criança, e ainda há “restos de parto” dentro dela. Assim, se ela mantiver relações sexuais, o marido a sentirá frouxa e, depois de “se servir”, quando retirar o “negócio”, vai recender um cheiro horrível de peixe moqueado (salgado e seco no fumeiro do fogão à lenha). Essa experiência desagradável poderá fazer com que ele “vá pegando nojo” da mulher. Além disso, por mais que ela se cuide depois, nunca mais será a mesma mulher. “Os *companheiro* que entendem e

²¹ Apesar de o objetivo do trabalho não contemplar uma discussão mais aprofundada sobre a questão de gênero, é preciso ressaltar que os dados etnográficos do ambiente social estudado não deixam dúvidas de que os processos de construção do corpo das mulheres visam especificamente a torná-las aptas a reproduzir uma prole saudável e a permanecer com os corpos em bom estado “físico”, sem o estigma dos “dois efes” (frouxa e fede), para atender às necessidades sexuais do homem. Mesmo não sendo possível analisar com profundidade essa questão, alertamos para a necessidade de estudos sobre essa problemática em comunidades do Baixo Amazonas, uma vez que essas mulheres (aquelas com as quais conversamos) certamente criarão os(as) filhos(as) reproduzindo o “modelo estabelecido”, sem avaliar, com a clareza necessária, as repercussões desses determinantes em suas vidas, cuja base de fundamentação se dá por meio dos discursos ora da Igreja, ora do Estado, ora dos médicos, todos mecanismos imbricados para normatizar seus corpos e almas, esvaziá-las de poder ou saber, limitando a sua atuação enquanto sujeitos às questões familiares e privadas (DEL PRIORE, 1993), como comprovam os trabalhos de Chodorow (1978), Orsolini (2002), Jelin (2005), entre outros.

se controlam sabe que terão mulher boa pra *toooda* a vida e provam o sentimento, mas aqueles que *num, num* se *acontram* serão sempre ‘curumim-grande’²² e nunca ‘home-pai’, revelou dona Generosa, parteira (embora tenha alegado não dar mais conta de “partejar”), mãe de 16 filhos, 92 anos.

Outro fator recorrentemente citado pelas mulheres quantos ao desrespeito aos resguardos de corpo é não terem ajuda de uma parente ou mulher mais velha durante os 40 dias. “Muitas vezes, sem ter a quem recorrer, a gente acaba carregando peso, lavando roupa, indo a pé pro posto ou voltando a trabalhar pra não *faltá* as coisa. Antes tinha minha mãe; agora, sem ela, vai ser difícil”, desabafou Jerusa.

Se as consequências negativas para a saúde da mulher são muitas e graves, tornando-as reféns da maioria das restrições, as proibições impostas aos homens, se desrespeitadas, não parecem significar consequências graves para a saúde deles. O caráter das restrições diz respeito a preservar a saúde física do(a) filho(a) e da mulher. Contudo, algumas narrativas apontam para o fato de essa fase, também liminar para eles, ser o momento de transformação do curumim-grande em homem-pai, responsável e comedido quanto a dar vazão aos desejos da carne.

Aqueles que assumem a paternidade e contribuem para o bem-estar do(a) filho(a) da companheira, respeitando o “resguardo de corpo”, começam a atender ao chamado da sociedade de se fazerem homens e seguirem as regras e imposições maritais. Uma conversa com Odovaldo, companheiro de Jerusa há 32 anos, revelou, ainda, que parece ser nessa fase que o homem, além de uma série de valores, começa a adquirir o controle da virilidade e o poder sobre o instinto de procriação:

Quando já tava me “entalando curumim-grande” [me tornando rapaz feito], na roça, certa vez ele me disse que home que era home dá um jeito de se aliviar sem aperrear a mulher [exigir que mantenha relação sexual com ele], pois ela tá toda ferida e contaminada por dentro, mas parece que aí aquilo [o cheiro?] chama a gente, ele disse. Só é bom procurar ela [manter relação sexual] depois dos 40 dias, repetiu uma par de vez [várias vezes] pra mim, porque aquilo [resto de parto?] é, é, que, que ainda

²² “Curumim-grande” é um termo usado para se referir aos rapazes que demonstram ainda muito ímpeto para dar vazão aos desejos sexuais. “A gente chama de curumim-grande pros *menino* que ainda *num* sabe controlar o pau”, afirmou Gegê, manifestando preocupação quanto ao perigo da convivência, na mesma casa, dos dois sobrinhos (curumins-grandes) com as duas cunhantães-mulheres filhas dela.

ficou lá por dentro pode contaminar também o negócio da gente [aponta para a região do baixo ventre], que aí sim o caboco nunca fica saciado e quer sempre mais mulher diferente, vai distribuindo filho pelo mundo. E o fim de home que quer todas é ficar sem nenhuma. E outra, sem saber do paradeiro das cria (filhos), pode causar cruzamento de irmão com irmã, vá saber?, conforme me avisou meu velho. Desde primero filho faço o que posso pra ajudar a Jeca [agrado de Jerusa] e só procuro [manifesto o desejo de manter relação sexual] mermo depois dos 43 dias. Ainda dô uma foga [folga] de três dias pra agarrar [garantir] (Seu Odovaldo, 52 anos, tricicleiro e mototaxista, em 28/4/2015).

Essa narrativa nos diz muito sobre como o curumim-grande aprende a ser homem-pai, mas sobretudo nos permite inferir sobre como a relação entre homens e mulheres na região é construída. Merece destaque o fato de que o pai, ao explicar ao filho os riscos de não respeitar o resguardo de corpo, tem como objetivo adverti-lo para preservar a própria saúde e evitar “cruzamento de irmão com irmã”. Em nenhum ponto da narrativa os cuidados no pós-parto visam a assegurar o bem-estar da mulher.

5 Resguardo como rito de passagem

Essa série de ritos e de cuidados descritos nos fizeram inferir que o resguardo pode ser entendido como um ritual de passagem, pois marca o período de construção do corpo da mulher-mãe, do homem-pai e do futuro adulto saudável. Van Gennep (2011) foi um dos primeiros estudiosos a analisar os rituais de passagem. Segundo ele, é comum nas sociedades serem realizadas cerimônias para marcar a passagem de uma etapa da vida dos seus membros para outra. Esses eventos podem ser divididos em três estágios: separação, margem e reagregação.

No primeiro estágio (o da separação), o neófito é destituído de todos os títulos que lhe servem de referência; no segundo (o da margem), é separado do convívio com os demais membros e “preparado” para o estágio seguinte; no terceiro estágio (o da reagregação), um novo indivíduo, a partir de então, passará a cumprir as responsabilidades e a gozar dos direitos inerentes à nova etapa. O segundo estágio, segundo Gennep (2011), desenvolvia uma complexidade independente e tendia a se autonomizar em relação às outras fases, por desenvolver um

simbolismo próprio, que ele chamou de “liminar”. No terceiro estágio, o neófito assumia sua função social no grupo. Durante os períodos liminares, os neófitos ficavam temporariamente fora da estrutura social.

A partir dos estudos sobre os rituais dos Ndembu, Victor Turner (1974) aprofundou o conceito de liminaridade, proposto por Genep, e desenvolveu uma das mais importantes teorias sobre rituais. DaMatta (2000, p. 17), ao analisar a relação entre as ideias de liminaridade e individualidade, esclarece:

O que caracteriza a fase liminar dos ritos de passagem é a experiência da individualidade vivida não como privacidade ou relaxamento de certas regras (pois o neófito está sempre sujeito a inúmeras regras), mas como um período intenso de isolamento e de autonomia do grupo.

Contrapondo-se à afirmativa de Genep e Turner de que “durante os períodos liminares os neófitos ficavam temporariamente fora da estrutura social”, DaMatta ressalva que a

[...] individualização dos noviços nos ritos de passagem não envereda pelo estabelecimento de uma ruptura, por meio da ênfase extremada e radical em um espaço interno ou em uma subjetividade paralela ou independente da coletividade; antes, pelo contrário, essa individualização é inteiramente complementar ao grupo. Trata-se de uma autonomia que não é definida como separação radical, mas como solidão, ausência, sofrimento e isolamento que, por isso mesmo, acaba promovendo um renovado encontro com a sociedade na forma de uma triunfante interdependência (2000, p. 17).

É a partir da perspectiva suscitada por DaMatta (2000) que propomos a leitura dos resguardos de pós-parto, registrados na zona urbana de Parintins (AM), como ritos liminares. Durante 40 dias de resguardo, os membros da família nuclear vivem “momentos de solidão, ausência, sofrimento e isolamento” e são submetidos a uma série de processos e práticas os quais os farão apreender os comportamentos que o novo *status* social exigirá deles. Afinal, deixarão de ser cunhantãe-mulher, curumim-grande e recém-nascido e passarão a ser mãe, pai e criança.

Esse processo não os faz romper com a comunidade familiar, o grupo; pelo contrário, promove uma renovação do encontro com os membros familiares na forma de uma “trionfante interdependência”, dado que, durante os “resguardos de corpo e de boca”, os membros

da família nuclear “dramaticamente conjugam individualidade e coletividade, pois neles se reafirma que coletivo e individual constroem-se simultaneamente, sem fendas, descontinuidades ou separações” (DAMATTA, 2000, p. 23) e, conforme demonstraremos a seguir, é nesse período liminar que “eles entendem que o eu não existe sem o outro” e que no centro daqueles cuidados e práticas “está a descoberta (ou melhor, o desvendamento) do mistério segundo o qual tanto a dimensão individual quanto a coletiva são construídas por um mesmo conjunto de valores” (p. 23).

A mulher parida vive uma fase liminar, um estágio transitório, que dura mais ou menos 40 dias. Nesse período, deve ser separada da vida cotidiana. Durante o resguardo está impura, contaminada, vulnerável, pois “a mãe do próprio corpo está solta”. Deverá evitar fazer esforço, se furtar de sorver alimentos reimosos, nocivos para sua condição de mulher parida, uma vez que poderão estragar seu útero e deixá-lo fraco, e também nocivos para a condição de mãe, cuja principal função é zelar pelo “olho do corpo do filho”, o umbigo.

Nesse estágio é ensinado como ser mãe pelas mulheres mais velhas da casa ou da comunidade. Ela aprende a cuidar do(a) filho(a), a zelar pela vida que começa a ser organizada no corpo dele(a). Esses cuidados com a cria e consigo mesma lhe exigem tomar banhos de asseio e ingerir garrafadas amargas, como que para purgar o mal ou lhe indicar que a fase doce da vida encontra ali o limite. É o momento quando lhe são transmitidos conhecimentos milenares, os quais no futuro deverá também transmitir para a próxima neófito, cunhantãe-mulher. Depois do resguardo, o corpo dela não será mais o mesmo de cunhantãe-mulher, uma vez que foi preparado para se transformar no de uma mulher completa, uma mulher-mãe.

Se não quiser se construir como uma mulher de dois “efes”, deve guardar a genitália, curá-la com banhos de casca trava (travosa), sublimar o prazer, para torná-la “apertadinha”, “cheirosa” e apetitosa para as próximas cópulas. O espaço vazio, antes ocupado pelo feto, deixa o corpo inchado, meio disforme. Isso lhe exige a submissão aos rituais de fechamento do corpo, por meio dos quais, aos poucos, a mãe do corpo é assentada no lugar, e assim o “olho do próprio corpo” é devidamente fechado.

Tudo cumprido à risca, esse novo corpo não estará sujeito a doenças. Enfim, o corpo de cunhantãe-mulher foi transformado em corpo de mulher-mãe, “mulher completa”, sem o estigma de nenhum dos “efes”.

O corpo da criança, não mais feto, porém ainda não criança, um(a) recém-nascido(a), com a ajuda de todos da família direta, deverá ser constituído forte e saudável para experimentar o devir filho, neto, bisneto e *persona* ordeira, não ladra, tampouco violenta. O corpo dessa futura pessoa adulta não estará sujeito a fraturas e/ou desmentiduras, tampouco será tributário a ataques da mãe do corpo. O estômago desse corpo não será vulnerável e a pessoa dona dele poderá comer “de um tudo, sem que nada lhe faça mal”, porque a barriga dele(a), quando recém-nascido(a), não foi estragada pelos destemperos da mãe. O corpo em formação não sofrerá de espremedeira²³ ou de rasgadura²⁴ no umbigo. As restrições alimentares, cumpridas desde a gravidez, capacitaram a pele desse corpo a não contrair coceiras. Uma vez que tudo foi cumprido, o “penso” foi colocado no umbigo e os banhos de cura e defumações foram realizados a contento, a sombra dela, de criança à fase adulta, não será facilmente flechada ou roubada pelos bichos do fundo. Esses seres não puderam sentir o gosto do sangue do umbigo desse corpo, porque ele não sangrou nem inflamou; nem mesmo os fluidos da maldade puderam entrar nesse “olho do corpo” e se esconder na cabeça do corpo para, mais tarde, crescer como semente ruim e virar árvore do mal, transformando esse corpo numa ferramenta sob o controle de um ser não humano maléfico.

Aos poucos, depois do rito de passagem dos sete e dos quarenta dias, esse(a) recém-nascido(a) vai continuar sendo construído(a) como criança, jovem, adulto(a) e poderá usufruir de um corpo saudável, pois os pais e a família o(a) ajudaram a sair da liminaridade, na qual ele(a) ainda era um feto fora da barriga e passou a ser um membro da comunidade devidamente preparado para assumir a função de cunhantãe-mulher e depois mulher mãe, ou de curumim-grande e depois homem-pai.

²³ A espremedeira é uma doença que só ataca recém-nascidos “verdinhos”. As benzedeiros consideram a doença um descuido de mãe que espreme as fraldas do recém-nascido. Até os 15 dias, a recomendação delas é que as fraldas molhadas sejam apertadas entre as mãos de quem as lava, para retirar o excesso de água, mas nunca devem ser “espremidas”. O principal sintoma da doença consiste em a criança se espremer muito para evacuar ou soltar gases.

²⁴ A rasgadura de umbigo pode aparecer de 0 a 2 anos na criança. Segundo as mães, é fácil de ser identificada quando a criança já está “durinha”. Basta olhar com atenção em torno do umbigo dela: se houver um “puladinho” de pele que, ao ser apertado, parece uma bolhinha de água vazando, é porque está com uma rasgadura; quando a criança ainda está “verdinha” (recém-nascida), só o benzedor ou “as pessoas mais velhas” podem precisar o diagnóstico.

O pai, nos sete casos que acompanhei, foi pego de surpresa; nenhum dos casais planejou e aguardou com expectativa a gravidez. Ela aconteceu. Os pais já experientes receberam a notícia com resignação. “Faz parte da vida de todo homem que tem mulher, né?”, falou Agenor, pai pela terceira vez e companheiro há mais de 16 anos de Joana. Todos eles, cada um a seu tempo, experimentaram a intensa transformação pela qual passa todo curumim-grande quando a namorada ou “ficante” anuncia a gravidez.

Durante a gravidez, se o corpo dele não muda como o da mãe, a sua posição no mundo começa a oscilar: a família o chama para assumir a responsabilidade, os amigos e amigas festejam e também lhe mostram como tudo será diferente. Ele, aos poucos, começa a internalizar a mudança: sai da casa dos pais para morar junto à família da companheira ou a convida para residir com ele na casa dos pais ou, ainda, não assume a função de pai. Os que admitem a condição liminar começam a assumir os compromissos de acompanhar a mulher às consultas, sofrer junto com ela o desconforto de carregar outro corpo dentro do próprio corpo e ainda fazem tudo para atender os “desejos”,²⁵ vontades inesperadas de ingerir determinados alimentos, muito comuns entre as grávidas. Caso o tal desejo não seja atendido, a criança poderá nascer de boca aberta, ficar sempre babando ou ainda trazer alguma marca que lembre o alimento desejado, mas não saciado. Geralmente, é dele também o papel de acompanhá-la nas puxações, apesar de nenhum dos companheiros das grávidas que observei realizar essa tarefa.

Ele, quase sempre, interrompe os estudos e começa a trabalhar a fim de poder comprar as peças do enxoval ou realizar algum dos desejos alimentares inusitados. Após o nascimento do(a) filho(a), há novas responsabilidades: as interdições. Como registrado, Júnior não queria abrir mão do jogo de futebol porque, como me confessou, não fazia muito sentido para ele que o esforço físico pessoal pudesse prejudicar o umbigo do filho. O pai do filho de Cristiane, um dos que não assumiram a paternidade, não estava respeitando as restrições, o que pode ter provocado a grave infecção no umbigo do filho. Nesse estágio da fase liminar, mesmo não morando junto e/ou ajudando a cuidar da criança, a comunidade, representada pela dona Maria, recorre à família dele para forçá-lo a cumprir pelo menos as restrições que poderão colocar em risco a vida do neto.

²⁵ Dias-Scopel (2014) registra como essa categoria do desejo também faz parte da cosmologia Munduruku.

Logo, as marcas da passagem de curumim-grande a homem-pai não estão gravadas no corpo físico do homem, mas parecem ser inerentes à construção de seu caráter como pai. A boa saúde do corpo físico dele parece não ser comprometida caso ele não cumpra as interdições. Todavia, é nesse período que ele deverá compreender a sua nova função na comunidade. Não se trata mais de um curumim-grande que troca as roupas com os colegas para não repetir o vestuário nas festas de fim de semana ou que “inteira a grana” para alugar motos e sair dando “baile” pela cidade. Ele agora deverá aprender a ser homem-pai – cumprir os “resguardos de corpo e de boca”, respeitar as interdições sexuais e trabalhar não apenas para seus “luxos”, mas para assegurar a sobrevivência da família. O corpo pode não exibir as marcas que definem a passagem de um curumim-grande para homem-pai, mas o seu caráter deve refletir isso. Os que “engravidam” e não vivem a liminaridade podem até envelhecer, mas sempre parecem ser vistos como curumins-grandes, aqueles que não controlam os próprios ímpetos sexuais ou que não sabem cumprir as responsabilidades exigidas/esperadas de um homem-pai.

6 Considerações finais

A experiência etnográfica aqui socializada, além de nos proporcionar o registro desses aspectos das cosmologias indígenas em espaços urbanos, possibilitou a constatação de que tais práticas e ritos são aplicados em conjunto com as indicações dos(as) agentes da rede de cura biomédica que também atuam na zona urbana da cidade.

Apesar das ameaças e estratégias de deslegitimação desses(as) agentes, as famílias nativas mais rotineiramente usam terapêuticas das duas modalidades de cura, numa relação de coexistência e complementaridade. É claro que biomédicos(as), enfermeiros(as) e agentes de saúde atuam como deslegitimadores dos(as) agentes e práticas não biomédicas, sobretudo em se tratando dos *cuidados* neonatais; contudo, as famílias se valem de diferentes estratégias para “despistar” o uso de determinadas terapêuticas nativas, a fim de evitar problemas e manter a eficácia da re-existência.

Referências

- ARHEM, K. Ecosofia Makuna. In: CORREA, F. *La selva humanizada: ecologia alternativa en el tropico húmedo colombiano*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropologia, 1993.
- CARVALHO, J. D. Plano de imanência e univocidade do ser em Deleuze. *Revista DoisPontos*, Curitiba, São Carlos, v. 8, n. 2, p. 175-197, out. 2011.
- CLASTRES, P. *A sociedade contra o Estado*. Pesquisa de Antropologia Política. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- CORDEIRO, M. A.; MONTARDO, D. L. *Práticas populares de cura em Parintins (AM): agenciamentos sociais entre a borda e a norma dos poderes do Estado*. Trabalho apresentado no GT “Agenciamentos sociais e políticas públicas de saúde: cruzando e confrontando perspectivas”, da XI Reunião de Antropologia do Mercosul/XI RAM-2015, em Montevideú/Uruguai, 2015.
- CHODOROW, N. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1978.
- COLDING, J.; FOLKE, C. The taboo system: lessons about informal institution for nature management. *Georgetown Environmental Law Review*, v. 12, p. 413-445, 2000.
- DAMATTA, R. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. *Mana*, v. 6, n. 1, p. 7-29, 2000.
- DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília: UnB, 1993.
- DESCOLA, P. Societies of nature and the nature of society. In: KUPER, A. (Ed.). *Conceptualizing society*. Londres: Routledge, 1992.
- DIAS-SCOPEL, R. P. *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. 2014. 211 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- GALVÃO, E. *Santos e visagens: um estudo da vida religiosa de Itá, Amazonas*. São Paulo: Nacional, 1955.
- GEERTZ, C. *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- HARRIS, M. *Life on the Amazon: the anthropology of a Brazilian peasant village*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- IBGE (2014). *Censo Demográfico de 2010*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Parintins (AM).

Disponível em: <idades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130340>.

Acesso em: 14 abr. 2015.

JELIN, E. Familia y género: notas para el debate. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 394-413, 2005.

ORSOLIN, R. Nem toda mulher quer ser mãe: novas configurações do feminino. In: CENCI, C. M. B; PIVA, M.; FERREIRA, V. R. T. *Relações familiares: uma reflexão contemporânea*. Passo Fundo: UPF, 2002.

SEERGER, A.; DAMATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileira. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero/ UFRJ, 1987.

SOUZA, J. C. R. *Parintins: uma ilha urbanizada*. Manaus. 1996. 60 f. Monografia (Bacharelado em Geografia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 1996.

VELDEN, F. F. V. Circuitos de sangue, corpo, pessoas e sociabilidade entre os karitiana. *Habitus*, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 275-300, jul./dez. 2007.

GENNEP, A. V. *Os ritos de passagem*. 2. ed. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

TURNER, V. *O processo ritual*. Petrópolis: Vozes, 1974 [1969].

WAWZYNIAK, J. V. Humanos e não-humanos no universo transformacional dos ribeirinhos do rio Tapajós – Pará (2010). In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27, 2012, Belém. *Anais...* Belém, 2010. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt24/jvw.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2010.

Sobre as autoras

Ana Paula Müller de Andrade

Psicóloga, doutora em Ciências Humanas e professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), em Irati (PR). É coautora do livro “Registros, fatos e escritos: memórias e histórias da reforma psiquiátrica” e organizadora, com Valeska Zanello, da coletânea intitulada “Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade”. Contato: psicopaulla@yahoo.com.br.

Deise Lucy Oliveira Montardo

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (1989), mestre em Arqueologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1995), doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (2002) e pós-doutora pelo Smithsonian e pela Universidade Columbia (EUA), com bolsa CAPES. Atualmente é professora associada 2 da Universidade Federal do Amazonas, no Departamento de Antropologia e no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. É pesquisadora e membro do Comitê Gestor do INCT Brasil Plural (CNPq-Fapescc). É autora do livro “Através do Mbaraká: música, dança e xamanismo Guarani” (EdUSP, 2009), organizadora dos livros “Arte e sociabilidades em perspectiva antropológica” (EdUFSC, 2014) e “Saberes e ciência plural: diálogos e interculturalidade em antropologia” (EdUFSC, 2017), entre outras publicações. Contato: deiselucy@gmail.com.

Érica Quinaglia Silva

Professora da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal do Pará (UFPA) e pesquisadora do INCT Brasil Plural. Atualmente, é editora responsável pela Amazônica: Revista de Antropologia e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da UnB. É doutora em sociologia, demografia e antropologia social pela Université Paris Descartes (Sorbonne) e pela Universidade Federal de Santa Catarina, com pós-doutorado em bioética, ética aplicada e saúde coletiva

pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela Fundação Oswaldo Cruz, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pela Universidade Federal Fluminense. Atua nas áreas de antropologia da saúde, bioética, saúde coletiva, saúde mental, religiosidades brasileiras, antropologia da morte, noções de pessoa e subjetividade, antropologia audiovisual e direitos humanos. Contato: equinaglia@yahoo.com.br.

Glauca Maricato

Graduada em Ciências Sociais (UFRGS, 2012), mestra (2013-2014) e doutoranda (2015 – atual) em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS), com período de mestrado-sanduíche na Universiteit Gent (Gante, Bélgica) e doutorado-sanduíche na University of Michigan (Ann Arbor, EUA). É integrante do Núcleo de Antropologia e Cidadania (NACi) e do grupo de pesquisa “Ciências na vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas” da UFRGS. Seus interesses de pesquisa incluem direitos humanos, ciência e Estado, gênero e sexualidade, família e parentesco, processos reparatórios e políticas ontológicas. Atualmente vem desenvolvendo pesquisa sobre a intersecção entre saberes médicos-científicos e intervenções estatais em torno da lepra/hanseníase. Contato: glauciamaricato@gmail.com.

Jociara Alves Nóbrega

Doutoranda em antropologia social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Possui mestrado em antropologia social e graduação em ciências sociais pela mesma instituição. Está vinculada ao grupo de pesquisa “Gênero, corpo e sexualidade” do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da UFRN. Seus principais interesses de pesquisa estão voltados para a área da antropologia da saúde, na qual vem desenvolvendo pesquisas desde a graduação, tendo seu trabalho de mestrado resultado na publicação do livro “Tecendo vivências e sentidos do câncer infantil: família, doença e redes de apoio social em Natal-RN”, publicado em 2014. Contato: jociaralves@yahoo.com.br.

Josenaide Engracia dos Santos

Graduada em terapia ocupacional e psicologia e especialista em saúde mental. Tem aperfeiçoamento em entrevista diagnóstica, mestrado em saúde coletiva e doutorado em ciências da saúde. É professora da Universidade de Brasília. É coordenadora do projeto de pesquisa “Construção social de saberes e práticas – experiências dos usuários e de médicos do Programa Mais Médicos de Valparaíso de Goiás”, CNPq em 2017-2018. Possui experiência na área de psicologia social, atuando principalmente nas áreas de atenção primária à saúde, saúde mental, reabilitação psicossocial e comunidade. Contato: josenaidepsi@gmail.com.

Marcia Reis Longhi

Professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na área de antropologia. É membro do Programa de Pós-Graduação em Antropologia dessa universidade (PPGA/UFPB). É graduada em psicologia pela Universidade de São Paulo (1982), mestra e doutora em antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE – 2008). É pesquisadora do núcleo de pesquisa FAGES (UFPE) desde 2001 e do grupo de pesquisa “Saúde, sociedade e cultura”, integrado ao DCS da UFPB, desde 2011. Seus temas de pesquisa são saúde, gênero, geração e grupos populares. Contato: marciareislonghi@gmail.com.

Maria Audirene de Souza Cordeiro

Doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Amazonas, mestra em linguística pela Universidade Federal do Pará e graduada em letras pela Universidade Federal do Pará. Atua como professora da Universidade Federal do Amazonas e como pesquisadora do INCT Brasil Plural e do Grupo de Pesquisa Maracá. Contato: audirenecordeiro@gmail.com.

Mário Eugênio Saretta

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É integrante do grupo de pesquisa “Ciências na vida: produção de conhecimento e articulações heterogêneas”. É diretor do documentário “Epidemia de cores” e autor da dissertação “Terceira margem do hospital psiquiátrico: ética, etnografia e alteridade”. Contato: msaretta@gmail.com.

Maynara Costa

Doutoranda em ciências sociais na Universidade Federal do Maranhão (PPGCSoc/UFMA). É mestra em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGAS/UFRN) e bacharela em direito pela Faculdade de Natal Estácio de Sá. É advogada militante na área de direito público e professora titular de direito constitucional na Faculdade Pitágoras São Luís (MA). Atuou como membro da Comissão de Diversidade Sexual e Combate a Intolerância da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Rio Grande do Norte. É vice-presidente do Tribunal de Justiça Desportiva do Rio Grande do Norte e auditora da Comissão Disciplinar Desportiva da Secretaria do Estado do Esporte e do Lazer do Rio Grande do Norte. Atua no Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Diversidade Sexual, Gênero e Direitos Humanos (TIRÉSIAS/UFRN) e no grupo de pesquisa “Gênero, corpo e sexualidade” (DAN/PPGAS/UFRN). Dedicar-se às áreas de estudo da corporalidade, gênero, sexualidade e violência; direitos reprodutivos e

direitos humanos; reconhecimento e lutas sociais; direitos, saúde e políticas públicas dos povos indígenas; educação e diversidade étnico-racial. Contato: maycosta_13@hotmail.com.

Michelle Camargo

Doutora em ciências sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), mestra em antropologia social pelo mesmo instituto e bacharela em ciências sociais pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Atualmente é docente da Universidade Paulista (UNIP). Iniciou sua trajetória de pesquisa em antropologia urbana com as prostitutas de Maringá, posteriormente com as “minas do rock” em São Paulo e atualmente pesquisa sujeitos em instituições psiquiátricas e as suas imbricações com marcadores sociais de diferenças, como gênero, geração, raça e classe social. Contato: michelleacamargo@gmail.com.

Mônica Oliveira da Cruz

Graduada em saúde coletiva pela Universidade de Brasília (2015). Atualmente, é pesquisadora associada da Rede de Observatórios de Políticas de Promoção da Equidade no SUS, do Núcleo de Estudos em Saúde Pública NESP/UnB. Integrou o grupo de pesquisa sobre bioética, direitos humanos e gênero UnB/FCE (2013/2015), com ênfase em saúde mental, gênero e direitos humanos no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal. Participou do Programa de Iniciação Científica denominado “Por uma etnografia das percepções sociais de raça/cor no campo da saúde” (2013/2014). Foi bolsista pelo Programa de Educação Tutorial (PET) Diversidade (2013/2015). Foi integrante do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (UnB) como secretária voluntária (2015). Contato: monicahc91@hotmail.com.

Rosa Virgínia Melo

Doutora em antropologia pela Universidade de Brasília, onde atualmente é pesquisadora-colaboradora. É membro do “Grupo de pesquisa em saúde, sociedade e cultura” e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Pesquisou e publicou nos campos de gênero, violência e educação; gênero, cultura popular e meio ambiente; transe mediúnic e ayahuasca; religiosidade e saúde mental. Atualmente dedica-se ao tema da saúde mental, álcool e outras drogas, bem como religiosidade e esfera pública. Contato: rosavmelo@gmail.com.

Rozeli Porto

Professora do Departamento de Antropologia (DAN) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Possui graduação em ciências sociais (1996), mestrado e doutorado em antropologia social (2002/2009) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com período de doutorado-sanduíche no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (Portugal). Tem estudos pós-doutorais em antropologia social pela Universidad de Sevilla-España (2016). Faz parte da Red Del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistorico de las Sexualidades/Espanha (RED LIESS), do grupo “Gênero, corpo e sexualidade” (GCS/UFRN) e do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS/UFSC). É sócia efetiva, vice-tesoureira e membro do Comitê Gênero e Sexualidades da ABA. Tem experiência nas áreas de teoria antropológica, antropologia do corpo, da saúde e da doença, antropologia das relações de gênero (com enfoques e articulações em saúde, direitos sexuais e reprodutivos (aborto, parto, nascimento), doenças endêmicas (zika, dengue, chikungunya), medicamentos, medicina popular, feminismos, sexualidades, violências e Estado). Contato: rozeliporto@gmail.com.

Sônia Weidner Maluf

Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora do CNPq. É formada em jornalismo pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1984), mestre em antropologia social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1989) e tem DEA e doutorado em antropologia social e etnologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, França (1996). Fez pós-doutorado na Nottingham Trent University e na London School of Economics (2004-2005) e na Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales (2011-2012). As principais áreas de atuação são antropologia urbana e antropologia do contemporâneo, principalmente nos seguintes temas: pessoa, indivíduo e sujeitos contemporâneos; antropologia política, Estado, instituições e políticas públicas; gênero e teorias feministas; corpo, saúde (saúde mental) e biopolítica; religiosidades brasileiras. Coordena o Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (www.transes.ufsc.br) e é coordenadora executiva do Instituto Brasil Plural/INCT/CNPq (brasilplural.paginas.ufsc.br). Contato: soniawmaluf@gmail.com.

Soraya Fleischer

Doutora em antropologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com estudos pós-doutorais em antropologia pela Universidade de Johns Hopkins. Atualmente, é professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília e editora executiva do periódico Anuário Antropológico. Sua pesquisa corrente tem como foco o fenômeno da epidemia do vírus zika na região metropolitana do Recife, em Pernambuco. Contato: soraya@unb.br.

Este livro foi editorado com as fontes
Minion Pro e Roboto Slab. Publicado *on-line*
em: editora.ufsc.br/estante-aberta

A Coleção Brasil Plural tem como objetivo dar visibilidade às pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural (INCT/CNPq). Busca retratar as diferentes realidades brasileiras em toda a sua complexidade e contribuir para a elaboração de políticas sociais que levem em consideração as perspectivas das populações e comunidades estudadas. Além disso, visa formar pesquisadores e profissionais que atuem com essas populações.



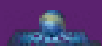
Instituto Nacional de Pesquisa
BRASIL PLURAL



*Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico*

MCTI

Ministério da Ciência,
Tecnologia e Inovação



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico



CAPES



UFSC



FAPESC



97865581050339