

Dossiê: Etnografando experiências do adoecimento e medicalização no Brasil

Apresentação

Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil – por uma reflexão prática em defesa do SUS

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

Doutorando em Antropologia Social
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
cleiton.vsr@gmail.com

Tatiane Vieira Barros

Doutoranda em Antropologia Social
Universidade Federal de Santa Catarina
tativiba@gmail.com

Para começar, um pequeno panorama teórico

Atendendo ao caráter central da Revista Equatorial, um periódico produzido e de forte público discente, a corrente apresentação além de cumprir seu papel mais óbvio, objetiva-se a disponibilizar uma pequena introdução crítica, principalmente a alunos e alunas de graduação e pós-graduação, ao caráter de uma antropologia da saúde e da atuação de antropólogos, antropólogas e etnografias em face ao cuidado e atenção em saúde.

Embora não seja nosso objetivo pormenorizar um histórico da antropologia preocupada com processos de saúde e doença, cabe pontuar que mesmo que décadas anteriores tenham visto pesquisas associando o caráter social e

biológico da doença, entre os anos de 1970 e 1990 começam-se a se firmar como especializadas na saúde enquanto objeto próprio, num movimento também interdisciplinar entre a sociologia, a antropologia e a medicina. Com a construção de modelos teóricos abrangentes, uma nascente antropologia médica, dentre outras, de origem estadunidense, realizada por médicos que se tornaram antropólogos, se pretendeu avaliar e deixar evidente o aspecto social e cultural do processo de adoecimento e cura em diferentes contextos e, conseqüentemente, entre setores de uma mesma sociedade (GOOD, 1994; GOOD E DELVECHHIO GOOD, 1981; KLEINMAN, 1986).

Assim como as discussões que colocam em relevo a interação entre indivíduos e, a relação desses e a sociedade, essas preocupações não desaparecem quando se constitui um foco de pesquisa sobre saúde e doença. Com a crescente institucionalização da antropologia fora da Europa, desde o final do século XIX, se propicia um pano de fundo mais amplo para a consolidação de pesquisa etnográfica em saúde; a qual está muito alinhada com reflexões teórico-metodológicas sobre a formação da pessoa (do “Eu”), das relações sociais, das interações, da força histórica e sociológica da coletividade para a produção de sujeitos, e a geração de eventos pelos indivíduos; associando-se diretamente com as agências e os agentes terapêuticos.

As descentralizações da “medicina” do título do campo respondem a crítica de que, entre outras questões, essa antropologia não estudaria apenas o sistema médico oficial do “Ocidente”, mas todas as práticas e ideias envolvidas pelos sujeitos e grupos no processo de adoecimento, seus agenciamentos, experiências, sistemas de saúde, conhecimentos e caminhos/histórias de cura. A própria separação proposta por Arthur Kleinman (1986) da doença em níveis relativos ora ao indivíduo (*illness*), ora a dimensão profissional (*disease*) sofre fortes críticas advindas de uma percepção preocupada com a unicidade da doença. À compreensão, portanto, de que esse tipo de separação elegeria uma área, a biológica, como o terreno no qual o malefício de fato aconteceria, a esfera que deveria ser estudada apenas por médicos, técnicos; não tendo o antropólogo respaldo para entendê-la.

Em sua crítica a sistematização teórica da chamada antropologia médica, Simon Dein (2007) se pergunta o quão válido seriam os modelos dos antropólogos formulados a partir dos interlocutores. No rastro do paradigma da crença que se firmou, o conceito de “modelo explicativo” diria respeito ao que estaria na mente, uma orientação às ações e discursos dos su-

jeitos. Uma série de problemáticas são daí decorrentes, inicialmente porque a associação do modelo à crença corresponde ao desejo pela disposição de modificá-la. Assim que o conceito foi largamente utilizado na medicina, ao ensinar aos clínicos “o ponto de vista do nativo”, se seguiria, erroneamente, às táticas de modificação dessa mentalidade que intentaria resultar em ações racionalmente formadas que permitiriam seguir o protocolo médico.

Para Dein (2007), “é claro que pacientes têm entendimentos culturais” para suas doenças, contudo, isso seria muito simplista de dizer isoladamente. Ao se explicar as ações das pessoas em termos do que é pensado e racionalizado se impede de observar que elas podem não se importar com as suas ideias e as causas que elas professariam para suas doenças. Segundo o autor, por outro lado, a questão principal está no porquê de agir e não necessariamente no que é falado. A fórmula da razão como guia do ser humano perde de vista o processo de produção da doença, a vendo como uma estrutura cognitiva. Por isso, a adoção de uma psicologia cognitiva é extremamente limitadora para considerar as tomadas de decisão dos indivíduos.

Mesmo que a antropologia médica tenha passado por um escrutínio demonstrativo das insuficiências de modelos de crença para tratar a saúde, os seus círculos de produção etnográfica já demonstravam a discrepância entre as classificações dos diagnósticos da medicina e a experiência da doença dentro e fora da sociedade dita Ocidental. Todas essas questões, mantidas e criticadas, ensejam a reflexão antropológica sobre o corpo doente e são como participante da ordem social (LOCK, 1993). Ao longo da mudança de perspectiva quanto ao corpo individual como uma base biológica universal, a antropologia o demonstrou como mais flexível, fluido e incontrolável, como argumenta Margaret Lock (1993). O que proporcionou a descentralização do corpo físico, questionando e relativizando dicotomias que nos rodeiam, como: corpo/mente, natureza/cultura. A prática, portanto, se torna central, é ela o veículo de acesso, a veia por meio da qual o corpo material(izado) e representado é produzido na experiência.

Nesta época, uma grande contribuição da antropologia brasileira para os estudos de antropologia da saúde¹ é o trabalho de Luiz Fernando Dias Duarte (1986) que trazia a noção de perturbação na classe trabalhadora como uma questão relacional da pessoa com os aspectos físico-morais, enfatizando o social da experiência corporal e da doença. Essa experiência não se mostra como um dado cujo curso seja traçado somente pela vontade dos sujei-

tos. Para tanto, as condições político-econômicas são centrais num complexo de práticas que estão inseridas em relações de classe, e em cenários históricos particulares. O itinerário terapêutico não se perfaz como simulacro da razão; enquanto processos pelos quais os indivíduos avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento, ele não se limita a disponibilidade de serviços.

Embora bastante utilizado no cenário brasileiro, o conceito de itinerário não é difundido por todas as vertentes da antropologia da saúde, sendo apropriado mais diretamente pelas produções brasileira e francesa. Reúne em torno de si uma gama de estudos que procuram mostrar a dinâmica contextual na qual os sujeitos constroem cenários de cura, que, segundo Paulo Alves e Iara Souza (1999) poderíamos denominar de projetos de tratamento – numa evocação do termo largamente utilizado por Gilberto Velho. Mesmo que em alguma medida a “escolha” estivesse presente desde os estudos clássicos, perpassando pelos modelos teóricos abrangentes de Kleinman, um foco sobre o agente e suas percepções sobre a questão da saúde ganham contornos maiores com o uso dessa categoria. A dimensão da experiência colocada pela sua narratividade possibilita enxergar como os indivíduos atribuem significados às suas aflições partindo diretamente de suas percepções, do escopo intersubjetivo resultante das interações sociais que vivenciam, bem como das condições de classe que determinam os espaços dos quais partem.

Assim, ao invés de “médica”, a antropologia brasileira e latino-americana - que traz consigo o elemento da interculturalidade, discutido por Raúl Fornet-Betancourt (2006) e Hugo Portela (2008) - consolidou-se como “da saúde” e/ou “da doença”, visando alcançar todos os processos e concepções para além do modelo ocidental e hegemônico, rejeitando modelos metodológicos de avaliação rápida e outras instrumentalizações rasas da disciplina (LANGDON, FOLLÉR E MALUF, 2012). O campo da antropologia da saúde e da doença, no Brasil, vem ganhando cada vez mais amplitude e multiplicidade teórica. São pesquisas e textos que abordam a questão do adoecimento e dos aspectos de um serviço de saúde por outros olhares; trazem as narrativas, os sofrimentos, as práticas terapêuticas de cuidado e os sujeitos de pesquisa cada vez mais em evidência. Dando dimensões mais ampliadas sobre as concepções de adoecimento e do universo que envolve a temática saúde, as etnografias têm sido cada vez mais utilizadas. Sem, tão cedo, encerrar a discussão sobre o processo saúde/doença pelas discussões socioculturais, a antropologia da saúde vem abordando, também, assuntos



que entram na esfera das políticas de saúde, das estruturas e das relações entre serviços, usuários/as, profissionais e políticas públicas. Esses campos etnográficos, ao mesmo que aproximam, colocam em xeque conhecimentos que tratam do corpo e do adoecimento de forma objetificada sem considerar os contextos de subjetivações existentes. O que nos leva a partir do nosso próprio contexto social, intercalando as escalas de análise sem abandonar uma concepção crítica.

Manifesto de reflexões práticas

Em 1988 o Brasil promulgou a conhecida Constituição Cidadã, estabelecendo, entre outros marcos, um sistema de saúde público, gratuito, equânime, universal e integral, sem precedentes na história do país. O Sistema Único de Saúde, ou SUS, resultado de um longo engajamento por direitos se tornou ele mesmo um dos principais veículos de cidadanização da população brasileira, desafiando noções locais e práticas que reforçam hierarquias e processos de dominação política. O subfinanciamento histórico e as constantes tentativas de desmantelamento não deixam de mostrar sua importância para a diminuição da desigualdade social que tem nos caracterizado amplamente. É este eminente desmantelamento que volta nossos olhares para as estratégias e agenciamentos de uma população que utiliza dos serviços e interage com ele. É lugar-comum na antropologia assertoar que as práticas de cura, concepções de cuidado e noções diagnósticas vão além da medicina ocidental oficial que se corporifica hegemônica; as variadas formas terapêuticas não são manejadas somente em grupos populares com doenças ou tratamentos que a biomedicina não reconhece, alcançam tanto uma multiplicidade no próprio campo médico, como também comunidades tradicionais inteiras. Cenário de estranhamento e impaciência entre conhecimentos científicos na temática saúde.

Ante a diversidade das explicações e resoluções no âmbito desse tipo de infortúnio, o SUS brasileiro, ainda, pretende-se como instrumento democrático de atenção e cuidado, permeado por disputas e pela potencialidade de abrigar a multiplicidade nacional. Nesse sentido, aqui, os antropólogos e as antropólogas ao estudarem o campo da saúde e da doença não podem deixar de observá-lo, uma vez que sua presença no cotidiano não é apenas sentida, mas produzida por aqueles sujeitos que estão em relações. Essas que são as mais variadas, passando desde usuários a profissionais, de programas e políticas públicas à gestão, de estruturas a objetos. É através dos “usos” que os sujeitos constituem os serviços e são cons-

tituídos por eles, como pode ser visto na ideia de o SUS ser um “plano de saúde para o pobre” e a ideia de que “lutar” é uma forma de conseguir marcar as consultas necessárias dentro de um tempo razoável (NASCIMENTO E MELO, 2014).

Enquanto uma antropologia que se quer longe de uma acepção ingênua de “ciência pura” (BOURDIEU, 2004, p. 21), apartada dos problemas sociais que a cerca, apolítica, nos é urgente fazê-la também enquanto reflexão prática sobre nossa desigualdade, preconceitos – como racismos, machismos e homofobia – e perpetuação de estruturas de poder que decidem que tipos de corpos e sujeitos são deixados para morrer, “morríveis”, quais são curáveis e quais necessitam ritualizar esperas, e que estratégias e agências mobilizam as pessoas no cuidado em saúde.

Reflexão prática essa que nos mostra como os sujeitos, os saberes e os poderes precisam ser colocados em evidência. A etnografia, nesse sentido, é o caminho por meio do qual podemos colocar as narrativas em diálogo para entender este universo de investigação, seus agenciamentos e atravessamentos vivenciados nas experiências dos sujeitos com os serviços de saúde. É apenas na experiência dos interlocutores e das interlocutoras que se pôde perceber o emaranhado de relações, práticas e discursos do complexo SUS brasileiro. O que não implica desconsiderar uma objetivação da dimensão sociocultural da doença e da saúde, mas evocar-se à importância de sua política, sem, com isso, reproduzir um modelo de “ciência escrava” – “sujeita a todas as demandas político-econômicas” (BOURDIEU, p. 21).

Queremos nos posicionar positivamente à importância dos antropólogos e antropólogas atuarem não apenas na investigação dos sistemas de saúde e seus agentes, na construção de um conhecimento elaborado a respeito – que não deve ser dado somente àquela medicina hegemônica que geralmente desconsidera o sujeito nesse processo –, mas também como profissionais hábeis em participar na formulação do cuidado e atenção à saúde. Isso consiste em perceber que a etnografia é o caminho para compreender e situar as questões socioculturais, políticas e econômicas envolvidas naquilo que chamamos de processos saúde/doença. Isso envolve pensarmos sobre as operações relacionadas que a etnografia mantém com o debate público, evocadas por Didier Fassin (2013) como as dimensões de popularização e de politização de nosso conhecimento. Isso diz respeito, respectivamente, ao alcance que a escrita etnográfica atinge diante de um número máximo de audiência e sua aproximação com linguagens contemporâneas; e, a forma como esse conhecimento pode mudar a

esfera pública e o debate no qual está envolvido. Ao aplicar especificamente os argumentos de Fassin a área antropológica da saúde percebemos as formas nas quais podemos produzir conhecimento acessível que responda a um rigor metodológico e teórico, capaz também de se aproximar dos profissionais de saúde.

É fundamental pontuar que não estamos fazendo, centralmente, uma mediação, como Luiza Garnelo (2012) nos mostra. Contudo, a promoção de relações entre saberes tradicionais e medicinas, contextos sociais e esferas/práticas profissionais coloca a antropologia da saúde também como um agente de mediação entremundos e extramundos. Além disso, se impõe à atuação antropológica a aproximação de olhares sobre os serviços de saúde e seus usuários, observando as mais diversas interações e relações, desde aqueles que produzem o serviço – inclua-se as políticas públicas, gestores e profissionais de saúde – até as pessoas que usufruem do serviço na ponta, esperando o atendimento na fila do *postinho de saúde* (unidade básica de saúde).

Nesse sentido, é urgente haver uma defesa em torno da profissionalização de antropólogos e antropólogas frente a sua requisição em serviços de saúde, tanto enquanto espaço de formação para atuarem em hospitais, unidades básicas, ações e políticas de saúde, até como membros de equipes multidisciplinares de cuidado e pesquisa. Isto é, de modo que a atuação do antropólogo extrapole o serviço e chegue até os usuários enquanto sujeitos em seus contextos de vida, estudando os impactos do cuidado em seus cotidianos e os pormenores socioculturais partícipes no acesso à saúde. O que nos levaria ao alcance de uma perspectiva total dos sujeitos atendidos e que buscam cura e a manutenção da saúde e bem-estar. Além disso, nessa atuação é necessária ainda a preocupação com os próprios profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, agentes administrativos, entre outros, uma vez que, como mostrou Rozeli Porto (2009), um quadro mais completo dos processos de saúde/doença só é possível de ser melhor entendido com a inclusão dos profissionais atuantes no processo.

Aproximando-se da formação dos profissionais de saúde, urge a inclusão de disciplinas de antropologia nos cursos de graduação e pós-graduação para responder a uma necessidade prática e visível, pois enquanto disciplina a antropologia pode provocar desconstruções de categorias naturalizadas que seriam orientadoras da atuação de profissionais considerados (verdadeiros) detentores de saberes na área, integrando estudantes de saúde em pesquisa e

atividades de extensão antropológica. O reforço da importância da perspectiva dos sujeitos que buscam os serviços de saúde, o reconhecimento das esferas socioculturais das doenças e do cuidado, na elucidação de públicos comumente deixados à margem dos serviços por não se encaixarem nos modelos de pacientes reais, bem como a real centralidade da multidisciplinaridade dos conhecimentos científicos se tornariam questões importantes a serem aprendidas antropológicamente. Esta formação, de forma gradual e continuada, seria um passo para ampliar a discussão sobre a diversidade de saberes e poderes no processo saúde/doença. Seria usando o nosso tão afamado método etnográfico que poderíamos apresentar formas de olhar/compreender aspectos sociais e culturais do adoecimento, e também, das subjetivações existentes no uso dos serviços de saúde por aqueles que atuam diretamente com essas pessoas e que – provavelmente – serão demandadores de políticas públicas.

Aqui, a antropologia deve se colocar como uma ciência atuante e preocupada, de fato, com seus sujeitos de pesquisa. Travar um embate pela necessidade da nossa disciplina como grade para cursos de saúde e a inserção de antropólogos e antropólogas em serviços de saúde como pesquisadores e mediadores são esferas importantes de como a antropologia poderia atuar em diferentes pontes da saúde. O que não consideramos como algo de fácil consolidação, uma vez que precisamos pensar sobre a relação estrutural e institucional diante dos próprios profissionais e da organização dos serviços de saúde.

É garantindo nosso lugar enquanto ciência que resistimos, também, em favor de um sistema único de saúde que seja acolhedor e atento aos seus usuários e usuárias, aos seus profissionais e a toda e qualquer pessoa. Em temerosos tempos de esfacelamentos de direitos, cuja população apresenta diferenças em termos de classe, cor e gênero em posições de desigualdade, fazer antropologia é também um ato político. Em tempos de desmonte do SUS trazer olhares para processos de saúde, escrever sobre como as pessoas agenciam os serviços, ouvir e contar histórias de adoecimentos, estudar as políticas públicas e propor pesquisas em saúde se faz nodal para produzirmos juntos um sistema de saúde democrático.

O desmonte do SUS está eminente diante de toda gente, esta que é uma das maiores políticas públicas deste país precisa ser garantida e nós, antropólogos e antropólogas, não podemos deixar de fazer uma ciência atuante e engajada. É necessário fazer mais e mais pesquisas em saúde, nos valermos dos textos etnográficos para apresentar olhares reais e sensíveis desse sistema e das

pessoas que o compõem. Isto porque “perceber os discursos e as experiências sociais como também produtores de verdade pode ser o começo de uma outra política pública, não apenas de saúde” (MALUF, 2010, p. 52); e essa é a potência maior, uma vez que juntos, enquanto ciência e enquanto sujeitos, precisamos resistir à iniciativa neoliberal e de concentração de renda e de manutenção das desigualdades sociais. Assim, a antropologia como uma ferramenta para pensar o Estado e suas formas de controle se mostra eficaz como um lugar para dar visibilidade e discutir a perspectiva do usuário em um contexto de tratamento no qual se tem acesso por diversos itinerários terapêuticos determinados e também por meio da perspectiva do Estado e das políticas públicas.

É nesse espírito que ora apresentamos o presente dossiê, no qual objetivamos reunir trabalhos etnográficos sobre processos de adoecimento, patologização e medicalização no Brasil, de maneira que possamos oferecer compreensões acerca das agências, dos atores e os domínios de saber-poder envolvidos no cuidado em saúde, seus serviços de atenção e demandas por direitos. Eram bem-vindos trabalhos sobre experiências do adoecimento, narrativas de sofrimento, patologização das condutas, ativismo, adoecimento crônico, engajamento profissional, processos classificatórios e serviços em geral. A ideia inicial não perpassava por realizar um retrato do SUS, mas boa parte dos trabalhos recebidos mostraram-nos a sua centralidade no contexto brasileiro, principalmente em termos da necessidade de assumirmos uma posição em sua defesa por causa da importância que assume na vida do país.

Do total de artigos recebidos, procuramos selecionar seis manuscritos que fossem resultados de pesquisas etnográficas estritas, a fim de podermos conceber a etnografia não apenas como método, mas como princípio epistemológico orientador do nosso conhecimento. Assim, além de perseguir a qualidade dos trabalhos, buscamos contemplar, com a escolha dos textos, uma diversidade temática, institucional, regional e de gênero. Nesse sentido, embora incontestáveis em sua pertinência, produções de outro cunho qualitativo não foram selecionadas dado o objetivo principal do dossiê na reunião de etnografias.

A saúde como fio condutor

Com esta discussão começamos a apresentar os textos que compõem este dossiê. A escolha pelos artigos se deu a partir da vontade de reunir uma diversidade de planos etnográficos de pesquisas em saú-

de, que trouxessem discussões caras à área, mas também, que dessem luz às novas discussões que envolvem as etnografias em serviços de saúde.

Nas narrativas e na etnografia sobre este tipo de serviço, a partir da “doenças compridas”, Soraya Fleischer, que se propõe a enfrentar uma antropologia parcial, nos aproxima de um cenário importante para discutir adoecimentos e as relações com pacientes que falam muito sobre os serviços e trazem um quadro mais estrutural às interpretações sobre o adoecimento e o SUS. Inspirada pela frase “Vandalismo é a fila do SUS” vista num muro próximo a sua casa, Soraya nos aproxima do universo narrado por seus interlocutores do bairro da Guariroba, na cidade de Ceilândia/DF e que utilizam o serviço de saúde. Pessoas que lidam e vivem com as “doenças compridas”, termo utilizado pelos interlocutores ao se referirem a diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; doenças que levam a perceber as limitações de um serviço que talvez devesse “atender todo mundo que chega”. Neste trabalho, realizado entre os anos de 2008 e 2015, a prioridade não foi a quantidade de entrevistados, mas sim, uma boa rede de contatos. Para tanto a pesquisadora percorreu os espaços mais diversos como farmácias, quadras de esporte, salas de espera, consultórios e grupos de apoio, recorrendo às conversas informais guiadas por um roteiro de perguntas bastante flexível.

Uma questão a ser posta em evidência nos trabalhos antropológicos é a relação de modelos terapêuticos diversos e como as populações tradicionais experienciam a saúde, trazendo à discussão o lugar dos saberes e práticas. Deste modo, partindo de um interlocutor privilegiado, o médico Douglas Rodrigues, que trabalha há quase quatro décadas com populações indígenas, Karine Assumpção propõe uma reflexão sobre práticas de saúde na Terra Indígena Xingu. Se propondo a apresentar outros olhares sobre os profissionais de saúde que atuam nesses contextos, leva a pensar as possibilidades e limites do compartilhamento da cura em contextos intermédicos, uma vez que existe um pajé que realiza as curas juntamente com o médico. Isso propicia um universo de negociações e mediações políticas constantes que extrapolam o adoecimento e a cura de alguém e de como este contribui para a reflexão sobre a práxis do Sistema de Saúde Indígena. Ao narrar o atendimento de uma menina de nove anos, Assumpção expõe os processos de negociações de curas realizados a partir da relação entre médico e pajé, que de acordo com o texto, se tornaram noções de respeito e uma espécie de valor do Projeto Xingu. Aspectos estes que precisam estar mais presentes nos serviços de saúde, de modo a considerar melhor as

relações étnicas e a diversidade cultural dos povos deste país, resultando, assim, em formas ampliadas de cuidado. O que traz à baila o descentramento necessário da ciência e da biomedicina como modelo hegemônico que pensa saúde.

A partir da discussão dos conceitos *disease*, *sickness* e *illness*, Arthur Pires Amaral apresenta um artigo sobre adoecimento e morte de trabalhadores da indústria do amianto em Minaçu, Goiás. Resultado da sua pesquisa de doutorado na qual faz um trabalho etnográfico que considera o contexto socioeconômico goiano, tem como abordagem principal o contexto dos trabalhadores da empresa S. A. Minerações Associadas (SAMA) no quadro de contaminação por amianto. A análise mostra como as doenças asbesto-relacionadas (DARs), diferentemente do que é colocado pela indústria do mineral, afetam as estruturas e funções de diferentes órgãos e sistemas corporais – não se restringindo apenas aos pulmões. Na busca etnográfica pelos aspectos propostos, Amaral se deparou com a agência de alguns de seus interlocutores que o guiaram durante a pesquisa na construção da rede de contatos. Com sugestões de como se comportar e do que falar com os próximos entrevistados, a interlocução de sua pesquisa mostra como temas caros podem ser construídos a partir do olhar do pesquisador e daqueles que participam da investigação. Direcionado por todos os sujeitos envolvidos na etnografia, o autor nos leva a pensar sobre como uma pesquisa sobre a saúde dos trabalhadores de uma mineradora, regularmente, era vista como uma ameaça aos empregos e às condições de trabalho daqueles interlocutores. Aqui a relação entre adoecimento e desemprego é marcada pela preocupação dos entrevistados com as formas como o pesquisador abordaria suas vidas e os impactos decorrentes disso.

Em um contexto bem diferente, Romário Vieira Nelvo propõe compreender a gestão do tratamento no que compete a relação de mulheres soropositivas com os medicamentos antirretrovirais que vivem no Rio de Janeiro. Em um cenário diferente da pandemia do HIV/Aids, as interlocutoras abordadas por Nelvo estabelecem as práticas e significações envolvidas com o processo de tornar-se soropositivas e do medicar-se quando o vírus adquire um aspecto crônico e não mais mortífero. Se propõe a observar, assim, como em meio às dificuldades atreladas aos efeitos colaterais manifestados no corpo, essas mulheres, que também são mães, vivenciam emoções “de prisão” a medicamentos. Essas narrativas encaram um desencanto a esses remédios que são, por vezes, abandonados. Assim, o autor sugere haver uma quebra do encanto da prática diária de se me-

dicar. As descrições de Nelvo se amparam em dinâmicas já descritas por Carlos Guilherme Valle (2010) e que são próprias do cenário de aumento de expectativa de vida marcado pelas tecnologias médicas e pelo ativismo social característico².

Envolvendo também o mesmo vírus, mas aproximando-nos de uma etnografia dos textos e arquivos, a partir das noções de “rumores” e “evidências biomédicas”, Felipe Cavalcanti Ferrari traz em sua pesquisa diferentes temporalidades associadas ao HIV/Aids, que se dá pelo panorama entre a crise da pandemia nos anos 1980 e os tempos atuais, entre o pânico moral de um momento anterior e as promessas biomédicas de um agora. Ao se estreitar de uma discussão que envolve ciência e emoção a partir de uma abordagem antropológica, o autor localiza a capacidade de um discurso ou de uma prática produzir os objetos. Sua investigação procura descrever a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em diferentes meios de comunicação e documentos como texto científico, sites de notícias e páginas de ativistas brasileiros, situados em uma apreciação etnográfica realizada sobre a emergência da PrEP.

Numa diferente direção dos artigos anteriores, Sílvia Monnerat articula o estudo de relatos sobre suicídio e a experiência de ouvir vozes materializados no campo do que se convencionou determinar como saúde mental. Em seu trabalho, fruto de sua tese de doutorado em Antropologia Social, a autora se dedica a entender esse cenário a partir de profissionais de saúde, familiares e pacientes em dois hospitais de saúde mental na capital do Rio de Janeiro, um público e outro particular. Durante dois anos a autora empreendeu uma etnografia do cotidiano dos serviços em questão, estabelecendo a estratégia de conhecer os pacientes antes de ler os prontuários produzidos pelos técnicos. Isso possibilitou compreender os sujeitos por eles mesmos, algo capaz de observar a diferença de como eles se apresentavam e como os profissionais os teciam. Enquanto os prontuários traziam os pacientes presos em eventos traumáticos de modo isolado, as narrativas próprias dos sujeitos complexificavam suas vidas evidenciando suas rotinas, sonhos, relações familiares, amizades. Assim, a autora perpassa por casos específicos nos mostrando a dimensão diagnóstica, muitas vezes, arbitrária, levando-nos à importância de atentar-se à prática, de modo a não deixar que os olhares sobre processos de saúde/doença fiquem presos a concepções cognitivas para explicar o cuidado terapêutico, a busca por atenção e sua produção por profissionais.

Todos os artigos publicados nesse dossiê, principalmente o trabalho de Monnerat, nos leva a questionar a exacerbada importância isolada dada aos mo-

delos cognitivos e organicistas pelas explicações biomédicas hegemônicas. O elemento sociocultural da saúde/doença e da técnica do diagnóstico figura quando aparece, quase sempre, como um enfeite de cunho discursivo e não aplicado na produção da escuta e da análise da terapêutica necessária. Isso não é nenhuma surpresa num contexto ocidental de forte oposição entre mente e corpo no entendimento do ser humano. Luiz Duarte (1994) nos mostra que as concepções de uma “doença mental” e de um quadro de “saúde mental” são refratárias à nossa cultura ocidental moderna afeita a psicologização da pessoa, vista como indivíduo. A mente ocupa, nesse sentindo, o antigo lugar disposto para a alma.

Enquanto antropólogos e antropólogas preocupados com uma empresa antropológica por excelência na compreensão dos processos de saúde/doença necessitamos pôr em evidência um trabalho etnográfico que seja comparativo e relativista, e que traga maneiras universalizantes que coloquem em perspectiva meandros globais e articulações locais da vida humana. Ao questionarmos os modelos dicotômicos e essencialistas fáceis, nos propomos a questionar nossa própria cultura e seus modelos interpretativos, mesmo quando nos voltamos para nossa própria sociedade. O que não nos desenvencilha de demarcar nossa parcialidade, de detalhar os caminhos teórico-metodológicos segundo os quais orientamos nosso conhecimento.

Dada a multiplicidade característica da antropologia da saúde, seria impossível abordar todos os diferentes temas³ da área enquanto focos de pesquisa – muito embora muitos outros tenham sido atingidos de forma tangencial. Contudo, com a escolha dos artigos pontuados para compor o dossiê apresentamos um universo de possibilidades para as pesquisas e etnografias em saúde. Mas também, damos espaços aos textos enquanto potência política da antropologia, sobretudo na e da saúde. Com isso, esperamos que os leitores e as leituras se sintam instigados a adentrarem na área, seja como antropólogos, quando de alunos iniciantes, como profissionais e discentes de outras disciplinas incorporando em suas atuações os conhecimentos antropológicos.

Por fim, gostaríamos de agradecer ao trabalho de todos e todas pareceristas que atuaram na avaliação dos manuscritos. Ao João Pedro Rocha Fernandes de Sant’Anna, por sua dedicação voluntária na revisão técnica dos Abstracts em língua inglesa, contribuições valiosas para o

caráter de internacionalização da Revista Equatorial. Também agradecemos a Paulo Gomes de Almeida Filho que, a partir de algumas de nossas proposições e ideias, produziu o desenho que compõe a capa deste número.

Notas

1. Para uma revisão melhor pormenorizada a respeito do desenvolvimento da antropologia da saúde e da doença no Brasil, ver Canesqui (1994, 2003) e Langdon, Follér e Maluf (2012).
2. O cenário de ativismo por direitos de acesso à saúde é bastante vasto e diverso. A mobilização social de pessoas que vivem com HIV/Aids foi descrita por Valle (2010, 2013) como primordial para o combate da invisibilidade da doença nos anos 1980, e de sua atrelada “morte civil” das pessoas infectadas decretada pela estigmatização. O autor sugere pensar na construção de uma cidadania terapêutica e de uma biogitimidade também desde o ativismo de pessoas com HTLV, de modo a perceber um quadro do que chama de ativismo biossocial e da construção de identidades que se fazem também a partir de biodefinições. Cf. Valle (2013).
3. Digna-se de nota que no Brasil contemporâneo tem se erigido como urgente a pesquisa médico-antropológica acerca do quadro de doenças endêmicas e síndromes neurológicas congênitas (zika vírus, chikungunya, dengue) que têm trazido mudanças significativas às famílias brasileiras, como nos cenários de nascimento de bebês com microcefalia (cf. Porto e Costa, 2017) e do adoecimento próprio – mudanças e cenário esses que poderíamos pensá-los enquanto “biossocioculturais”.

Referências

- ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”. In: ALVES, Paulo *et al.* *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.
- BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora da UNESP, 2004.
- CANESQUI, Ana Maria. Nota sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria C. de S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- _____. Os estudos de antropologia da Saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 8, n.1, p. 109-124, 2003.
- DEIN, Simon. Explanatory models and over systematization in medical anthropology. In: LITTLEWOOD, Roland. (Ed.). *On knowing and not knowing in the Anthropology of Medicine*. WalnutCreek, CA: Left Coast Press, 2007.
- DUARTE, Luís F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: AL-

VES, Paulo César; MINAYO, Maria C. de S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

FASSIN, Didier. Why Ethnography Matters: On anthropology and Its Publics. *Cultural Anthropology*, vol. 28, Issue 4, pp. 612-646, 2013.

FORNET-BETANCOURT, Raúl. Interculturalidad y barbarie: 11 tesis provisionales para el mejoramiento de las teorías y prácticas de la interculturalidad como alternativa de otra humanidad. In: *La interculturalidad a prueba*. Verlag Mainz, Concordia Reihe Monographien, Band 43, 2006.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ministério da Educação, 2012.

GOOD, Byron J. *Medicine, Rationality, and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.

GOOD, Byron J.; DELVECCHIO GOOD, Mary-Jo. The meanings of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Eds.). *The relevance of Social Science for Medicine*. Michigan: D. Reidel Pub. Co, 1981.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: CURRER, C.; STACEY, M. (Eds.). *Concepts of Health, Illness and Disease*. Londres: Berg, 1986.

LANGDON, Esther Jean, FOLLÉR, Maj-Lisr e MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico*, Brasília, I, 2012, 51-89.

LOCK, Margaret. Cultivating the body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22, pp. 133-155, 1993.

MALUF, Sônia. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W. e TORNQUIST, C. S. (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

NASCIMENTO, Pedro e MELO, Ariana C. de. “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, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

PORTELA, Hugo G. *La Epidemiologia intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayan: Editorial Universidad del Cauca, 2008.

PORTO, Rozeli M. Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. *Tese* (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

PORTO, Rozeli M.; COSTA, Patrícia R. S. M. O Corpo Marcado: a construção do discurso midiático sobre Zika Vírus e Microcefalia. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, Salvador, v. 3, n. 2, pp. 158-191, 2017.

VALLE, Carlos Guilherme O. Corpo, Doença e Biomedicina: Uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, Natal, v. 1, n. 35, pp. 33-51, 2010.

_____. Doença, ativismo biossocial e cidadania terapêutica: a emergência da mobilização de pessoas com HTLV no Brasil. *Vivência*, Natal, v. 1, n. 41, pp. 27-47, 2013.