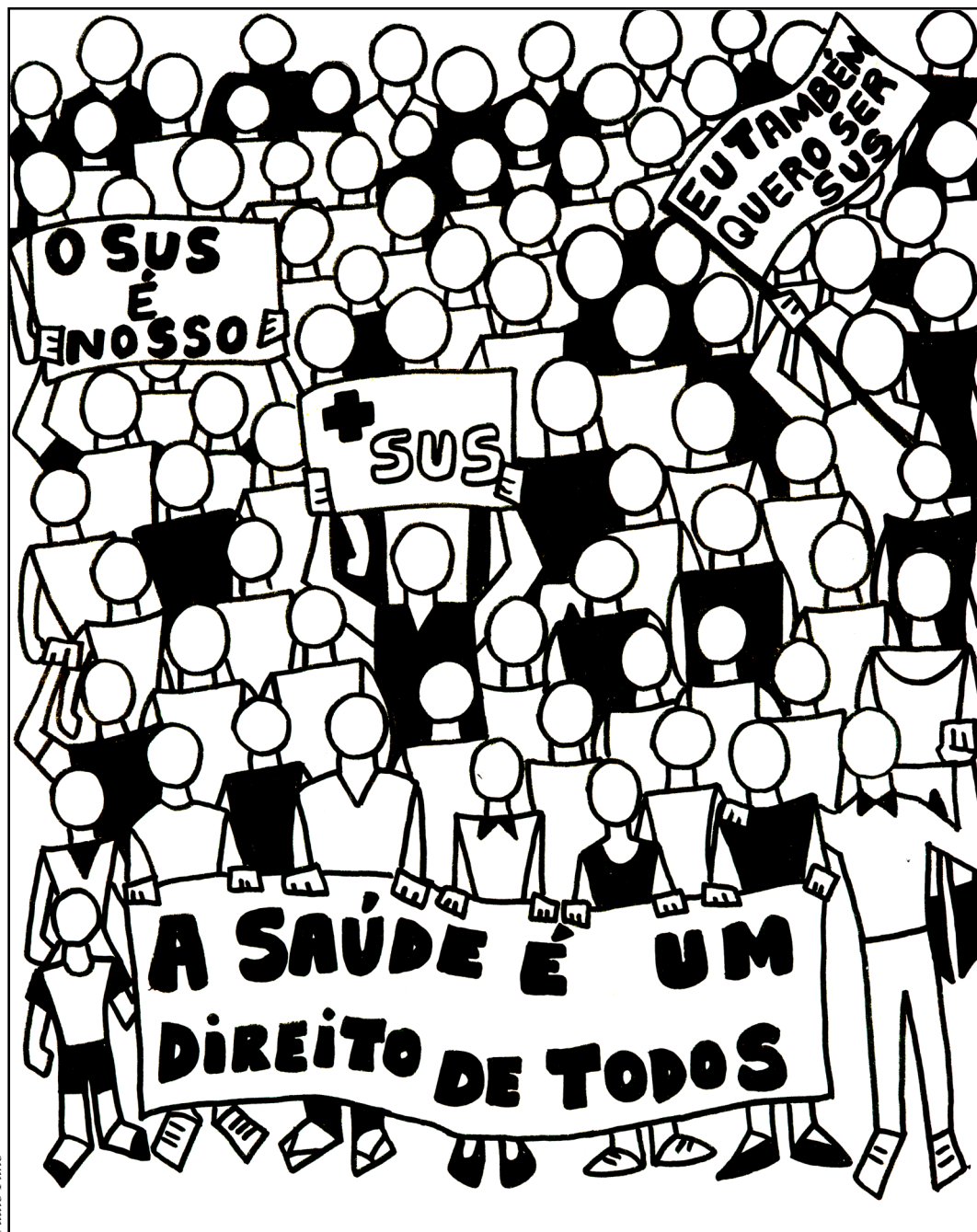


# DOSSIÊ

Etnografando experiências do adoecimento e medicalização no Brasil



Revista do Programa de Pós-Graduação  
em Antropologia Social da UFRN

v.4 n.7 | jul/dez 2017

ISSN: 2446-5674

A Revista Equatorial é uma publicação dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PP-GAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), voltada para a divulgação da produção científica antropológica (textual e iconográfica), em língua portuguesa e espanhola, de forma a promover a integração da produção latino-americana. Objetiva-se à difusão de artigos inéditos, entrevistas, traduções, resenhas e ensaios visuais na área de Antropologia. Também publicam-se trabalhos no campo das Ciências Humanas, desde que dialoguem com a disciplina.

# Equatorial

v.4 n.7 | jul/dez 2017

ISSN: 2446-5674

---

---

## Conselho Editorial

Prof. Dra. Angela Mercedes Facundo Navia (UFRN)  
Prof. Dr. Camilo Albuquerque de Braz (UFG)  
Prof. Dra. Carmen Silvia Rial (UFSC)  
Prof. Dra. Cláudia Lee Williams Fonseca (UFRGS)  
Prof. Dra. Elisete Schwade (UFRN)  
Prof. Dra. Francisca de Sousa Miller (UFRN)  
Prof. Dra. Jane Felipe Beltrão (UFPA)  
Prof. Dr. Jean Segata (UFRGS)  
Prof. Dr. José Glebson Vieira (UFRN)  
Prof. Dra. Julie Antoinette Cavignac (UFRN)  
Prof. Dra. Lisabete Coradini (UFRN)  
Prof. Dr. Luiz Carvalho de Assunção (UFRN)  
Prof. Dr. Mauro Guilherme Pinheiro Koury (UFPB)  
Prof. Dra. Miriam Pillar Grossi (UFSC)  
Prof. Dra. Rita de Cássia Maria Neves (UFRN)  
Prof. Dra. Rozeli Maria Porto (UFRN)  
Prof. Dra. Sonia Regina Lourenço (UFMT)  
Prof. Dra. Tania Pérez-Bustos (UNAL, Colômbia)  
Prof. Dra. Susana Rostagnol (UDELAR, Uruguai)  
Prof. Dra. Marta Zambrano Escobar (UNAL, Colômbia)  
Prof. Dra. Maria Gabriela Lugones (UCO, Espanha)  
Prof. Dr. Mauricio Caviedes Pinilla (PUJ, Colômbia)  
Prof. Dra. Andréa Cláudia Miguel Marques Barbosa  
(UNIFESP)

## Comissão Editorial

Angela Facundo (Professora Doutora)  
Arthur Leonardo Costa Novo (Doutorando)  
Cristina Diógenes Souza Bezerra (Mestranda)  
Fernando Joaquim da Silva Júnior (Mestrando)  
Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego (Doutorando)  
Josyanne Gomes Alencar (Mestranda)  
Lívia Freire da Silva (Doutoranda)  
Lorran Lima de Almeida (Mestrando)  
Paulo Gomes de Almeida Filho (Doutorando)  
Thágila Maria dos S. de Oliveira (Mestranda)

## Expediente

### Professora Supervisora

Dra. Angela Mercedes Facundo Navia

### Revisão Técnica

João Pedro Rocha Fernandes Sant'Anna

### Projeto Gráfico

Arthur Leonardo Costa Novo

Eduardo Neves Rocha de Brito

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

Thágila Maria dos Santos de Oliveira

### Capa

Arthur Leonardo Costa Novo

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

Thágila Maria dos Santos de Oliveira

### Diagramação

Arthur Leonardo Costa Novo

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

Thágila Maria dos Santos de Oliveira

### Revisão Final

Angela Mercedes Facundo Navia

Arthur Leonardo Costa Novo

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

### Ilustração da Capa

“Protesto”, por Paulo Gomes de Almeida Filho

Lápis grafite e caneta hidrocor, folha ofício A4

### Organização do dossiê

Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego

Tatiane Vieira Barros

## Institucional

### Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Ângela Maria Paiva Cruz - Reitora

Prof. Dr. José Daniel Diniz Melo - Vice-Reitor

### Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Prof. Rubens Maribondo do Nascimento

### Pró-Reitoria de Pesquisa

Prof. Jorge Tarcísio da Rocha Falcão

### Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Profa. Dra. Maria das Gracas Soares Rodrigues - Diretora

Prof. Dr. Sebastiao Faustino Pereira Filho - Vice-Diretor

### Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Prof. Dr. José Glebson Vieira - Coordenador

Prof. Dr. Carlos Guilherme O. do Valle - Vice-Coordenador

### Revista Equatorial

<https://incubadora.ufrn.br/index.php/equatorial/>

<https://pt-br.facebook.com/revistaequatorial/>

[revistaequatorial@gmail.com](mailto:revistaequatorial@gmail.com)

### Indexação

<http://sumarios.org/revistas/revista-equatorial>

<http://diadorim.ibict.br/handle/1/1132>

## Catálogo da Publicação na Fonte

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA)

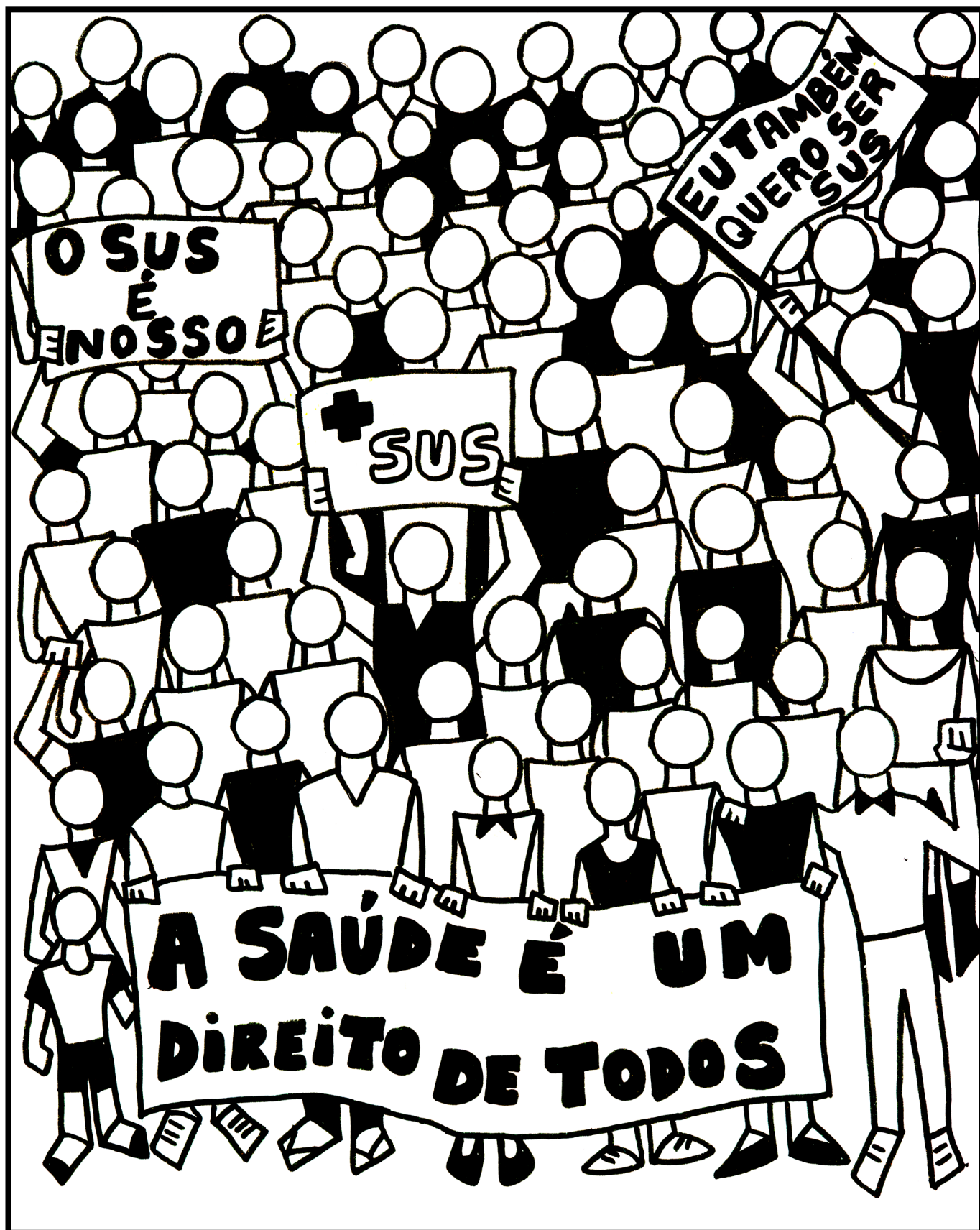
Equatorial: Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social  
/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – vol. 4, n. 7 (jul/dez 2017).  
– Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017- .

v.  
Semestral  
ISSN 2446-5674

1. Antropologia. 2. Periódicos. I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RN/BSE-CCHLA

CDU 39



Paulo Filla

## Editorial

Angela Mercedes Facundo Navia

## 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 e Tatiane Vieira Barros

## Dossiê: Etnografando experiências do adoecimento e medicalização no Brasil

**Como as doenças compridas podem nos ensinar sobre os serviços de saúde?, 24**

Soraya Fleischer

**Sobre obstrução intestinal, ingá e o espírito do veado: algumas reflexões sobre a relação interétnica entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu, 45**

Karine Assumpção

**Com o peito cheio de pó: adoecimento e manipulação das doenças asbesto-relacionadas entre trabalhadores do amianto em Minaçu (GO), 64**

Arthur Pires Amaral

**Biomedicina, gestão do tratamento e desencantos: experiências de mulheres soropositivas no Rio de Janeiro, 101**

Romário Vieira Nelvo

**Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas, 131**

Felipe Cavalcanti Ferrari

**Relatos sobre suicídio e vozes: um estudo etnográfico, 161**

Silvia Monnerat

## Resenha

**A cosmopolítica do nascimento Munduruku e os processos de autoatenção, 173**

José Maycon da Silva Cunha

## Editorial

### Um dossiê sobre as relações da saúde

É com muito prazer que a Equipe da Revista Equatorial apresenta para vocês seu número 7. Trata-se do dossiê intitulado “Etnografando experiências do adoecimento e medicalização no Brasil”, que foi organizado por Francisco Cleiton Vieira Silva do Rego, doutorando em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Tatiane Vieira Barros, doutoranda em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Reafirmando o caráter da Revista Equatorial, que é uma publicação feita por e para discentes e orientada pela busca da divulgação e circulação de resultados de pesquisas de cunho etnográfico, o dossiê reúne majoritariamente artigos de estudantes de pós-graduação que apresentam reflexões sobre seus campos investigativos. É de ressaltar a variedade de pertencimentos institucionais das autoras e dos autores que contribuíram com o presente número, que conta com documentos de oito instituições nacionais de ensino superior diferentes. Do mesmo modo, reforçamos a importância em matéria de diálogos interinstitucionais que o trabalho conjunto e a parceria dos organizadores do dossiê significa.

Além da multiplicidade institucional que oferece esse número da revista, os leitores e leitoras encontrarão também reflexões sobre contextos etnográficos e processos de adoecimento muito diversos. De diferentes perspectivas, os textos abordam relações, negociações, atores, entendimentos e significados heterogêneos e em torno de processos de adoecimento e da gestão do que genericamente poderíamos chamar de saúde. Um dos eixos que articula as diferentes contribuições é a relação com o Sistema Único de Saúde e as formas em que sua importância se revelou durante as pesquisas. Quiçá esse eixo possa ser pensado como uma pista da abordagem teórico-metodológica dos autores

e das escolhas teórico-políticas dos organizadores que privilegiaram a análise das relações sociais e não a análise de grupos isolados. Quer dizer, para além da fulcral importância política do SUS, a escolha das reflexões apresentadas no dossiê também é eloquente sobre o foco e a perspectiva dos trabalhos que estão orientados não para a pesquisa de um “outro”, mas para a etnografia de entrecruzamentos, aprendizados, relações, etc., em que grupos e sujeitos em diferentes posições de poder e de experiência negociam significados e materialidades, disputam possibilidades de vida e delimitam grupos heterogêneos de interação.

Finalmente, as leitoras e os leitores encontrarão a seção de resenhas que, no caso particular deste número, complementa e dialoga com o tema proposto. Esperamos que a leitura seja instigante, motivadora e prazerosa e convidamos todas e todos vocês para enviarem suas contribuições e ficarem atentos aos próximos lançamentos da Equatorial.

Angela Mercedes Facundo Navia

Professora Adjunta I do Departamento de Antropologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

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 incontrollável, 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 saúde<sup>1</sup> 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

peças 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 incontáveis 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 característico<sup>2</sup>.

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 desvencilha 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 temas<sup>3</sup> 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 leitoras 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.

## Como as doenças compridas podem nos ensinar sobre os serviços de saúde?

Soraya Fleischer

Professora do Departamento de Antropologia

Universidade de Brasília

fleischer.soraya@gmail.com

### RESUMO

Recentemente, em um muro diante de minha casa, foi deixada uma mensagem na calada da noite. Em letras vermelhas, lia-se “Vandalismo é a fila do SUS”. Inspirada por essa eloquente mensagem, decidi priorizar, para esse artigo, o que eu tenho ouvido de meus interlocutores ao enfrentarem as filas e desafios do SUS. Esse artigo pretende mostrar como é doloroso sentir esse tipo de vandalismo na própria pele todos os dias, somado às dores provocadas pelas doenças compridas, como tenho ouvido na Guariroba, bairro histórico da Ceilândia/DF, ao me informar sobre as doenças ditas crônicas. Pretendo adensar as percepções sobre o funcionamento das instituições de saúde locais. Para tanto, trago três sentidos que emergem com força entre nossos dados: O “esperar” pelos serviços de saúde, o “ser atendido/a” pelos mesmos e, por fim, o “correr atrás” individualmente e/ou coletivamente de soluções para suplantar as limitações encontradas nesses serviços. Algo mais específico é acumulado pela experiência do adoecimento prolongado para melhor enfrentar o vandalismo diário realizado pelo SUS.

**Palavras-chave:** Cronicidade; Serviços de saúde; Atenção básica.

### Introdução: as doenças compridas

A literatura epidemiológica tem preferido adjetivar como “crônico” o sofrimento ou padecimento que não tem cura definitiva e tende ao que tem sido chamado como “degeneração”, necessitando, muitas vezes, de “cuidados paliativos” ao final da vida. Essa definição se desenha em contraste com os padecimentos “agudos” que, repetidamente, podem ser transmissíveis, contagiosos e fatais (Parsons, 1971). Mas as fronteiras se borram com mais frequência do que o previsto para essa nomenclatura e é possível encontrar doenças agudas que depois se cronificam, como a Doença de Chagas ou mesmo a AIDS, por exemplo;



ou doenças crônicas que, mesmo assintomáticas em alguns casos, podem ter períodos de sérias crises, como acontece com pessoas com hipertensão arterial que sofrem derrames e acidentes vasculares cerebrais ou no caso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, quando falta oxigênio ou há síncope repentinas. Além disso, dada a sua permanência e a discricção sintomática, essas patologias definidas como crônicas talvez sequer sejam percebidas como “doenças”. Essas são algumas das críticas que colegas da Antropologia têm feito e, por isso, têm preferido adotar, por exemplo, a ideia de “doença de longa duração” (Canesqui, 2007).

Em concordância com essa crítica, começo a ensaiar o uso de um terceiro termo, que surgiu em nossa pesquisa no bairro da Guariroba, na cidade de Ceilândia/DF. Dona Marieta era uma senhora piauiense com mais de 60 anos que, há uma década, cuidava do marido, Seu Josenildo, doente de hipertensão e bastante abatido por uma sucessão de derrames. Quando ela se referia à doença do marido, geralmente dizia “eu cuido dessa doença comprida dele”. Assim, vou arriscar referir-me às doenças em tela – diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica – pela ideia de “comprida”.

Nesse termo, há a ideia de “cronicidade” porque é uma experiência insistente e que demanda atenção constante; há a ideia de “longa duração” pelo tempo acumulado de sofrimento e cuidados; mas há também uma ideia de espaço, de distância, de lonjura. O “comprido” pode se referir ao tempo nas lembranças acumuladas desde as primeiras experiências de acomodação e cuidado com a doença até as projeções de planejamento de trabalho que se antevê pela frente. O “comprido” pode se referir ao espaço na ideia de um trajeto percorrido como sofredor e como cuidador, pelos corredores e burocracias hospitalares, pelos altares e encontros da igreja, pelas casas de parentes e vizinhos que ajudaram a acolher. A imagem de “comprido” me remete a uma rua muito longa que se trilhou desde que os primeiros sintomas foram sentidos e as primeiras mudanças foram percebidas. Mas essa rua continua para frente também, muitas vezes, a se perder de vista, sem a possibilidade de se ver seu fim. Como em uma rua, pode-se caminhar para trás, para frente ou ficar parado olhando ao redor. Não há necessariamente uma única direção correta, mas, de forma um pouco esperançosa, algo “comprido” geralmente termina em algum momento, em algum ponto. Depois de caminhar, indo e vindo por

todo o espaço da “doença comprida”, o tempo vai ter passado também e esse final pode ser esperado como cura ou descanso. Vale lembrar que a passagem de tempo e a mudança de espaço também são experiências muito significativas para pessoas que migraram em busca de dias melhores, como é o caso das que conheci no bairro da Guariroba e aqui serão apresentadas. A *busca* por uma outra cidade ou por um outro serviço de saúde parece recorrente entre elas.

As doenças compridas são também mais sofridas porque precisam conviver intensa e continuamente com os serviços de saúde públicos e privados, com atendimentos de qualidade ou não. Em 2013, em um muro diante de minha casa, foi deixada uma mensagem na calada da noite e permanece até hoje ali. Em letras vermelhas, lia-se “Vandalismo é a fila do SUS”. Inspirada por essa eloquente mensagem, decidi priorizar, para esse artigo, o que eu tenho ouvido de meus interlocutores ao enfrentarem as filas e desafios do SUS quando passam a cuidar de suas doenças compridas. Esse artigo pretende mostrar como é doloroso sentir esse tipo de vandalismo na própria pele todos os dias que, ademais, somado às dores próprias das patologias compridas. Aqui, priorizarei as vozes daqueles que utilizam os serviços do SUS, não necessariamente daqueles que realizam, oferecem e mediam os mesmos. Embora eu considere que a opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços que eles próprios produzem (e, por vezes, utilizam) também seja parte integrante e igualmente relevante para compreendermos perspectivas críticas sobre o SUS (Fleischer, 2012; Fleischer, 2018), aqui atentarei para os “usuários” e para as experiências que acumulam, tentando conviver com suas doenças compridas, procurando serviços que possam lhes aliviar os sofrimentos.

### **Os passos metodológicos**

De 2008 a 2015, perambulei intensamente pelo bairro da Guariroba, que fica localizado na Ceilândia, a maior cidade em termos populacionais do Distrito Federal. A Ceilândia fica na porção sudoeste do quadrilátero da capital, a 35km do seu centro e, nos dias de hoje, pode ser alcançada por carro, ônibus e metrô.

Conheci pessoas como Dona Marieta e seu esposo em diferentes espaços. Estive pelos corredores de espera, farmácia, sala de acolhimento, consultórios e grupos de apoio de um centro de saúde. Além disso, frequentei o grupo de

ginástica do local, algumas igrejas e, sobretudo, as casas das pessoas. Em geral, optei por conversas informais, com ajuda de um roteiro de perguntas bastante flexível e adaptado a cada personagem e ao fluxo sugerido pelos diálogos. Raramente gravei em áudio ou filme, mas recorri ao caderno de campo, posteriormente reconstruído em diário de campo. Não foi uma prioridade investir na quantidade de entrevistados, mas numa módica rede de contatos, com uma expansão muito gradual e baseada nas indicações feitas pelos interlocutores dentre suas redes na família, na vizinhança e no grupo de ginástica (Fleischer e Batista, 2015). Ao longo desses anos, devo ter conhecido e conversado com cerca de 150 pessoas, aprofundando diálogos continuados e frequentes com cerca de três dezenas delas. Os sucessivos e específicos projetos de pesquisa foram submetidos e aprovados pelo referido comitê de ética em pesquisa de minha universidade.

Antes de começar a falar sobre a saúde, era comum perguntar um pouco sobre a trajetória de vida dessas pessoas, geralmente emigradas de estados do Nordeste brasileiro ou de Minas Gerais e Goiás. Chegaram aqui adolescentes ou jovens adultos para ajudar na construção da capital federal (Resende, 1985; Ribeiro, 2008; Tavares, 2011). Além disso, eu também queria saber da Guariroba, esse bairro da Ceilândia onde acabaram se instalando no espaço de uma grande fazenda que existia no local e que batizou o bairro. Nessa altura da conversa, era comum ouvir sobre o barro e a lama, já que as ruas ainda não estavam pavimentadas na década de 1970. Ou sobre a falta de água encanada para abastecer as casas. Como em qualquer conjunto habitacional popular (Costa, 1978; Borges, 2004; Cavalcanti, 2009), a urbanização chegou aos poucos, como resumiu Dona Dora (dona de casa, casada, duas filhas, goiana): “Tinha carência de muita coisa aqui”. Em meio às alusões infraestruturais, a dificuldade de acessar o sistema de saúde também foi considerada, conforme lembra a mesma senhora:

Não tinha farmácia. Se a gente precisava comprar algum remédio, a gente tinha que ir lá na farmácia da Ceilândia Sul, lá em cima. Ponto de ônibus também não tinha aqui. Quando a gente queria pegar condução tinha que ir para lá também. E comércio também era bem pouco. Telefone, então, deus me livre, que ninguém tinha telefone na época. Só tinha um orelhão e quando a gente precisava dar um telefonema, era uma fila que corria o risco dele não prestar. Que quase sempre tava com defeito ou alguém depreitava. Aí, era sufoco. Posto [de saúde] não tinha, não. Hospital era Taguatinga, mas não tinha hospital de Ceilândia ainda não. Tinha não. Eu me lembro que quando eu precisava de emergência, eu só ia pra Taguatinga [cidade vizinha].

Ainda assim, umas das razões para migrar para o Distrito Federal nos anos 1960 e 1970, foi a procura por tratamentos médicos, pontuais ou continuados. Dona Miriam (dona de casa, viúva, 10 filhos, mineira) lembrou de como saíram do pequeno roçado que possuíam para tratar do marido, Seu Bóris: “A gente é de uma cidade chamada Aimorés. A gente veio porque o Bóris já estava doente. Ele tinha um problema de coluna e mais reumatismo. O irmão dele já morava pra cá e trouxe a gente para poder ver se cuidava do Bóris”. Mesmo ainda em construção, a malha hospitalar do DF se apresentava como uma opção melhor do que aquelas deixadas nas cidades pequenas e dos estados vizinhos.

Aproveitando a experiência desses senhores e senhoras, na casa dos 60, 70 e 80 anos de idade (Fleischer e Batista, 2013), pelos espaços hospitalares do DF, desejo adensar as percepções sobre o funcionamento dessas instituições. Para tanto, trago três sentidos que emergem com força entre os dados: O “esperar” pelos serviços de saúde, o “ser atendido/a” pelos mesmos e, por fim, o “correr atrás” de soluções para suplantar as limitações encontradas nesses serviços. O objetivo, no presente artigo, é trazer uma mirada específica sobre os serviços de saúde: aquela que parte das pessoas que os procuram e utilizam com uma alta frequência, já que precisam resolver achaques relacionados às suas doenças compridas. Para tanto, elegi alguns trechos das conversas que empreendi com a expectativa de que possam ilustrar três formas bastante recorrentes de perceber e se relacionar com os serviços de saúde no DF. É possível que essa trinca de sentidos seja identificada nos demais centros de saúde da cidade, guardadas as especificidades de cada local.

Filio-me a boas etnografias que têm descrito os trânsitos e conhecimentos dos usuários ao percorrem os serviços de saúde (Nascimento, 2008; Giglio-Jacquemot, 2005). Contudo, julgo que o triplo pertencimento identificado entre essas pessoas – usuário, adoecido e crônico – possa oferecer alguma contribuição para (re)pensar os serviços de saúde. Beneficio-me também do acúmulo produzido, sobretudo pelas áreas da Saúde Coletiva, de atentar para o funcionamento dos serviços de atenção básica e inventar metodologias para conhecê-los e avaliá-los.

## **Esperar**

Ainda que 40 anos tenham se passado desde as primeiras memórias de

Dona Dora e Dona Miriam, era recorrente ouvir relatos pesarosos e queixosos sobre o que julgavam como uma precariedade persistente em relação aos serviços oferecidos no bairro nos dias de hoje, em especial, os centros de saúde. Desde 2008, quando por ali comecei a circular, a cidade contava com 12 unidades básicas de saúde e, ali nas imediações da Guariroba, havia três delas. Um dos aspectos muito mencionados se refere ao ritmo dos procedimentos.

Ali [em um desses dois centros de saúde do bairro] é assim: Você tem que esperar seis meses para uma consulta. Aí, você acaba se esquecendo e nem vai no dia que chega a consulta. Passou muito tempo e você se esquece. O exame, é um ano para sair o resultado. Quando você vai pegar o resultado e levar pro médico, não adianta mais porque passou muito tempo e você já tá diferente. Tem que fazer tudo de novo. Então, é bem difícil ali. (Dona Evelina, dona de casa, viúva, três filhos, mineira)

Dona Miriam, que ficou viúva em 2011, acompanhou os desdobramentos do AVC de Seu Bóris por muitos anos. Nossas conversas aconteceram antes do falecimento do esposo, quando os cuidados diários com o mesmo estavam num momento bastante intenso e cansativo. Ela acreditava que o centro de saúde vizinho pouco mudou nas últimas décadas e tinha opiniões semelhantes àquelas esboçadas por Dona Evelina no parágrafo anterior:

Ah, minha filha, até hoje é ruim. Se você marca a consulta em dezembro, vai conseguir lá pra janeiro ou fevereiro. Mas quase que a gente não usa o Centro de saúde aí. Mas eu pego meu remédio da pressão. Quando o Bóris era bom, ele ia de madrugada fazer fila do lado de fora para conseguir marcar uma consulta. Mas vem muita gente do entorno, por isso fica cheio desse jeito. Faz fila na hora do almoço também. A consulta é difícil. Exame também é difícil. Por exemplo, para o Bóris, demoraram três anos para ligar e avisar da vaga. A minha mãe foi outro caso. Era um caso de urgência, mas demoraram três meses para marcar. Quando ligaram para cá, ela já tinha morrido, imagina só. Mas eu pego o medicamento no posto. Dão a receita. Mas para o cálcio, eu pego na Policlínica [em Taguatinga, cidade vizinha].

As pessoas mencionavam vários espaços hospitalares por onde circulavam no Distrito Federal. Elas explicavam que a demora de atendimento nos serviços, de forma geral, era o que as impulsionava para encontrar outras soluções para os problemas de saúde. Sugiro que, nessa circulação, além de, na maior parte das vezes, conseguirem algum encaminhamento, elas também angariavam um rol bastante complexo de experiências sobre o funcio-

namento desses serviços. Esse rol lhes permitia direcionar mais especificamente cada tipo de problema e não precisar depender, exclusivamente, da instituição mais próxima de casa. Essas informações eram atualizadas a cada história contada e compartilhada por Dona Miriam, Dona Evelina e Dona Dora e suas vizinhas de bairro ou de corredores de espera nos hospitais.

No depoimento acima, Dona Miriam teceu duras críticas ao centro de saúde local, contando inclusive a triste história de sua mãe que morreria antes de a consulta conseguir ser marcada. Ainda assim, ela sabia que a receita médica e o medicamento correspondente para seu problema de pressão seguramente poderiam ser conseguidos nessa mesma unidade de saúde. Outro medicamento, para sua osteoporose, só era encontrado na cidade vizinha. Assim, ela dependia de uma busca fragmentada e desgastante por soluções, muitas vezes transitando por todo o território do DF. Ainda assim, um roteiro estratégico para usar os serviços de saúde vai sendo construído ao longo do tempo, especialmente quando se vive e/ou se cuida de uma doença comprida.

Aos poucos, eu ia entendendo outras nuances desse quadro. Havia uma tipologia de “usuários”: Os pacientes comuns e os “pacientes de cartão”, isto é, aqueles com as doenças de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Estes últimos, ao se dirigirem ao balcão da UBS, seriam cadastrados e receberiam um cartão. Ao final da consulta do HIPERDIA, era nesse cartão que o profissional de saúde marcaria a próxima consulta. Era uma marcação “automática”, como descreve abaixo, Dona Dora:

*Aí, no posto, é assim: Eles já fazem o acompanhamento automático. Agora dia 26, eu tenho a consulta. Então, eles já marcam a outra. Duas vezes por ano. Então, já deixa marcado, entende? Corre até o risco de a gente esquecer, que é muito espaçada. Tem que sempre ficar olhando no cartão, se não, esquece.*

Claramente, o sistema dava preferência ao paciente de cartão, visando fidelizá-lo ao serviço e evitando que tenha que enfrentar as filas ordinárias de marcação de consultas. Parece que, ao inventar a estratégia dos “cartões”, a Secretaria de saúde reconhecia e naturalizava que as filas eram um problema.

De fato, essas consultas eram espaçadas, mas, caso o usuário conseguisse se lembrar delas e se apresentar ao centro de saúde na data marcada, elas seriam garantidas. Era muito diferente de uma consulta agen-

dada para um paciente comum que abordasse o atendente do balcão, como Dona Miriam lembrou ter sido o caso do seu marido com AVC e da mãe que morreu sem atendimento. Dona Dora lembrou ainda que:

Esse cartão, ele já vem acoplado do outro cartão do remédio que a gente pega todo mês. É porque eu sou muito esquecida, muito esquecida. Então, eu boto sempre na gaveta ou na bolsa, que é local que eu sei que eu vou mexer sempre. Porque, do contrário, eu perco mesmo. Aí, como eu tenho que pegar o remédio todo mês, aí eu também olho a data da consulta.

Com o “cartão da consulta”, essas pessoas tinham acesso a um ciclo de atividades: as aferições corporais, o grupo de apoio e o atendimento clínico. Com um segundo cartão, o “cartão do remédio”, a cada mês, essas pessoas poderiam ir à farmácia do centro de saúde e tinham acesso direto aos medicamentos, utilizando a mesma receita recebida na primeira consulta. Só precisavam revisitar os médicos na consulta seguinte, dali a uns meses. Era proposital, portanto, que os dois cartões estivessem grampeados, para que a visita mensal por conta dos medicamentos lembrasse o paciente da visita clínica a cada tri ou quadrimestre, se diabético ou hipertenso, respectivamente.

Ainda assim, Dona Dora tinha razão: esse espaçamento das visitas era difícil de acompanhar ou memorizar. Era uma temporalidade institucional tentando conviver com outra, doméstica. O ritmo das doenças não correspondia ao ritmo dos serviços de saúde. Essa senhora me ensinava como era necessário criar artifícios – guardar os cartões em lugares na casa que sempre eram visitados – para que os dois ritmos – da casa/corpo/experiência e do centro de saúde/consulta/diagnóstico – se encontrassem e pudessem dialogar.

Aqui, percebo o esforço empreendido por essas pessoas para fazer sua diabetes ou hipertensão, às vezes sentidas diariamente, se adequar à disponibilidade oferecida pelo centro de saúde. Mesmo sem sintomas, também Dona Dora percebia que este convívio com o centro de saúde era positivo, mas “espaçado” demais. Talvez essas pessoas estivessem dizendo que para doenças compridas, com variações inesperadas e, por vezes, com “crises”, dois ou três encontros por ano não eram a melhor maneira de oferecer cuidado e acompanhamento. Talvez um sistema de “portas abertas” ou de plantão fosse o ideal imaginado por essas pessoas.

Dona Evelina deu uma dica nesse sentido quando contou sobre um

centro espírita que funcionava numa cidade do entorno do DF, em Santo Antônio do Descoberto. Sua sobrinha era caseira do lugar. Em uma ocasião, quando visitava a sobrinha, aproveitou para tentar solucionar um problema dermatológico que vinha sofrendo. Explicou como foi: “Lá tem um centro espírita e tem um médico que atende todo mundo que chega lá. Qualquer um que chega, ele atende. Ele atende todo mundo no sábado. Ele me passou outra pomada para as feridas”. Esse modelo de “atender todo mundo que chega” poderia ser uma forma de contornar as “visitas muito espaçadas”. “Chegar” queria dizer o próprio adoecido procurar o serviço e ser atendido quando julgasse necessário. “Marcar” queria dizer o adoecido esperar para ser atendido, mesmo que não estivesse mais com os sintomas quando a consulta finalmente chegasse. Ainda assim, as pessoas com crises medicadas fora do centro de saúde, como no caso de Dona Evelina, ou assintomáticas, como no caso do problema de pressão de Dona Dora, sabiam que precisavam comparecer à consulta marcada automaticamente porque essa assiduidade garantia o privilégio de continuar sendo uma “paciente de cartão”. Se deixassem de ir duas vezes consecutivas, sabiam que seriam retiradas do programa do HIPERDIA e, mais grave do que isso, perderiam o acesso a todo o ciclo de consultas, aferições, medicamentos, informações, favores etc.

Percebo que as doenças compridas, como é o caso dos problemas de pressão e de diabetes, por exemplo, pareciam demandar mais do que a marcação preferencial, via os “cartões”. Pareciam demandar um sistema de saúde que estivesse disponível para o ritmo dessas doenças “salientes”, adjetivação comumente usada por essas pessoas. Ao que parece, a marcação preferencial, disponível aos “pacientes de cartão”, era oferecida como uma grande dádiva pelos serviços de atenção básica (Machado, 2012). Mas não eram recebidos como dádiva suficiente para os casos de doenças que exigiam cuidado continuado. Talvez essas senhoras estivessem me sugerindo que, além dos cartões, um sistema preferencial para os momentos de crise e mal-estar fosse um serviço complementar e fundamental aos hipertensos e diabéticos. Pareciam me dizer que o atendimento estava excessivamente centrado nas consultas médicas e que todo o sistema funcionaria melhor se a sala de acolhimento, o grupo de apoio e a farmácia fossem ainda mais permeáveis, disponíveis e sensíveis às queixas apresentadas. As crises de pressão e de glicemia, constantemente mencionadas, não poderiam esperar o centro de saúde abrir, o balcão de atendimentos não ter fila



ou a consulta acontecer dali a meses. Esperar tornava essas doenças ainda mais compridas e as temporalidades da experiência e dos serviços eram diferentes.

### Ser atendida

Se, na seção anterior, apresentei relatos e opiniões sobre o que acontecia antes (esperar pela marcação) e depois da consulta (esperar pelo exame), nessa seção, trago passagens sobre quando essas pessoas eram, finalmente, atendidas. Aqui, os comentários sobre as consultas se referem, sobretudo, à relação com os profissionais e os medicamentos prescritos. Os comentários críticos se dirigiam ao encontro clínico.

A Dra. Fernanda não nos dá tempo de a gente dizer a queixa da gente, dizer o que a gente tá sentindo. Ela não ouve a gente. Já o Dr. Josué é paciente, ouve a gente com calma. Ele fala os resultados. Fala o resultado dos exames para a gente. Se eu não entendo, porque eu sou meio mouca, ele repete, explica de novo. (Dona Jandira, dona de casa, casada, cinco filhos, baiana)

Dra. Fernanda era grossa. Nem perguntava o que a gente tinha. Uma vez trouxe meu menino com dor de ouvido. Ela não deixou ele falar. Baixou a cabeça e foi escrevendo o remédio. Mas sou eu que sinto a dor, eu sei onde dói, não é? O Dr. Josué eu gosto. É muito bonzinho. Um dia eu estava com infecção urinária. Ele pediu para eu fazer os exames e trazer no dia seguinte, que eu não precisava entrar na fila nem marcar de novo. Eu fiz e ele me atendeu mesmo. (Dona Leila, casada, um filho, dona de uma banca de verduras na CEASA, piauiense)

Uma “boa consulta”, pelo que entendi, acontecia porque havia um “bom médico” do outro lado da mesa ou da maca. Um “bom médico”, como tantas vezes ouvi, “olha nos olhos da gente”, “deixa a gente falar”, “escuta a gente” e “explica tudo com calma”. Esse bom profissional explicita em seu trato com o usuário o *reconhecimento*, pelo olhar e pela escuta (Bonet, 2004), de que, primeiro, ali havia uma pessoa com uma história a contar e, segundo, de que a história, contada na forma das queixas, era legítima e relevante. Esse reconhecimento era exibido de várias maneiras, no momento em que o usuário entrasse na sala, se sentasse e fosse estimulado a falar, durante a narração etiológica sem interrupções, ao mirar o interlocutor, ao tomar notas do que fosse dito, etc. (Calvo-Gonzalez, 2011). O reconhecimento era fundamental para instituir um atendimento relacional, pelo visto, muito valorizado pelos nossos interlocutores (Ferreira, 2005).

O “bom médico” foi contrastado com um “ mau médico”, nas falas de Dona Jandira e Dona Leila, acima. Nesse centro de saúde, o Dr. Josué

era muito mencionado como o exemplo positivo, em franco contraste com a Dra. Fernanda. Há um trecho da fala de Dona Jandira que, embora singelo, guardou potencial sintético: “O Dr. Josué é paciente, ouve a gente com calma”. De fato, me encanta a ideia de um “médico paciente”, numa clara inversão de papéis convencionalmente esperados para o encontro clínico. O “médico paciente” era aquele que fazia o papel do usuário, de esperar, ouvir, procurar entender. Poderíamos imaginar o polo complementar dessa inversão: um “paciente médico” ou, ao menos, um “paciente ativo”, com a autoridade de explicar a própria experiência da doença, de narrar e contar o que havia percebido e o que julgasse ser necessário fazer, como disse Dona Leila nesse sentido: “Mas sou eu que sinto a dor, eu sei onde dói, não é?”.

Foi fácil identificar a falta de reconhecimento também em outros aspectos do encontro clínico. A troça, a rapidez do encontro, os comentários pouco acolhedores:

Eu tenho um problema de ouvido. Sabe o que a Dra. Fernanda falou para mim? “Olha, esse seu problema aí só vai curar depois que o senhor nascer de novo”. Que ela quer dizer com isso? Quando eu morrer, né? Isso é coisa que se fale para paciente? (Seu Bastos, pedreiro aposentado, esposo de Dona Jandira, cinco filhos, baiano)

Outro dia, sabe o que aconteceu? Eu e o Bastos fomos lá. Ele tinha consulta. Aí, a médica pediu para eu ir ali na secretaria para pegar os exames. Foi o tempo de eu ir lá e voltar, ela já tinha liberado ele! Imagina, poucos minutos! Ainda bem que ela é médica do Bastos e não minha. (Dona Jandira)

Ele me olhou e disse assim, “Olha, o seu pâncreas, ele não serve mais para nada. Se você pudesse, eu já sugeriria para você providenciar um caixão. Aí, coloca o pâncreas no caixão e pode jogar fora”. Foi assim mesmo que o Dr. Eduardo falou para mim, imagina. (Dona Renata, babá aposentada, solteira, piauiense)

A intensa frequência pelos consultórios do centro de saúde, proporcionada pela doença comprida, permitia que esses adoecidos conhecessem todos os profissionais do centro de saúde. Era inevitável que os parâmetros de bons médicos – e também boas enfermeiras, farmacêuticos, laboratoristas, nutricionistas, atendentes de balcão – fossem construídos em depoimentos comparativos, como vimos acima. O “sistema de cartão” facultava mais acesso à instituição, isto é, a muitos funcionários e suas diferentes formas de atender e tratar.

Depois da consulta, já em casa, ao serem perguntados sobre os serviços de

saúde, os interlocutores também contavam sobre os efeitos dos medicamentos. As críticas feitas por essas pessoas até aqui, em relação à demora por atendimentos, consultas e exames e também à forma como eram tratados pelos profissionais, pareciam culminar nos tratamentos ineficientes. O “remédio fraco” era uma alusão recorrente nesse sentido. Era como se tudo fosse um pouco “fraco” nos serviços prestados e os efeitos do princípio ativo do medicamento simbolizassem isso:

Agora, esse remédio lá do posto de saúde não vale muito pra mim, não. Esse Capromed, o 25[mg] não adianta. Tomo dois e não adianta. Eu compro porque eu acho que o do posto não faz efeito. Não adianta mesmo, se eu continuar tomando só esse aí do posto, a pressão altera e altera mesmo. Fica queimando a orelha, dá dor de cabeça. (Dona Corina, dona de casa, viúva, seis filhos, mineira)

Hoje, eu sou hipertensa, sabe. Tomo um comprimido uma vez por dia. Quando ela não baixa, eu tomo três comprimidos por dia. Eu tomava o remédio do posto, mas não baixava a minha pressão. Depois, eu acabei indo em outro médico. Depois, eu fui num cardiologista particular e ele falou que os remédios do centro são mais fracos. O que vem pro posto é só do fraco. Ele me deu uma receita para comprar a preço de custo na Drogaria Renata porque é mais forte. (Dona Madalena, ambulante aposentada, viúva, três filhos, mineira)

Por vezes, a automedicação resolvia essa fraqueza do fármaco e as doses eram multiplicadas por conta própria. Outras vezes, devolviam-se os medicamentos no postinho, direcionando reclamações ao dispensador. Em alguns casos, esta reclamação era feita diretamente ao prescritor, numa consulta de retorno ou mesmo numa nova consulta, marcada especificamente para esse fim, como lembrou Dona Cirlene:

Eu tomo o remédio todo dia. Eu tomava Metildopa, mas eu ficava dormindo demais. Dormia toda hora. Eu falei isso para o médico. Eu não estava gostando disso, não. O médico me passou outro, que eu esqueci o nome agora... Depois, me passou outro, o Atenolol 50 mg. Eu tomo um de manhã. Pego do governo, esse. (Dona de casa, viúva, três filhos, boliviana)

Interpelar o sistema de saúde, seja seguindo uma via alternativa e autônoma como na automedicação, seja com os funcionários mais acessíveis do baixo escalão (como na farmácia ou na portaria) ou com aqueles identificados como principais responsáveis por um remédio fraco ou perigoso (os médicos), poderia garantir algumas soluções. Dona Corina tentou ajustar sua dose. Dona Madalena procurou o serviço privado, tido como mais confiável. Dona Cirlene

conseguiu, do médico que lhe prescrevera o primeiro remédio, um segundo mais adequado ao bem-estar e/ou ao bolso.

Assim, a avaliação sobre os serviços de saúde começava muito antes de entrar em contato direto com os mesmos e continuava muito tempo depois de ter saído de suas salas, portas e cercas. A avaliação dos serviços era contínua, como também a convivência com as doenças compridas. Era uma *relação comprida*, poderia dizer. Abordavam, demandavam, esperavam, recebiam serviços, tomavam remédios e, acima de tudo, comentavam sobre tudo isso com os colegas de grupo da hipertensão ou as vizinhas que também tinham a pressão alterada. Iam construindo, muito ativamente, um rol personalizado e comparativo dos centros de saúde, seus profissionais e medicamentos (Ferreira e Espírito Santo, 2012).

### **Correr atrás**

Esperar pela marcação das consultas ou pelos resultados dos exames era uma queixa recorrente. Depois, esperar pelos corredores pelo atendimento, seja no dia da consulta marcada ou da consulta de cartão, também era fruto de críticas. Para tentar driblar a diferença entre o ritmo dos serviços e o dos padecimentos, ouvi muitas alusões às costuras entre o SUS público e privado:

Hospital público é muita dificuldade, sabe. São seis meses para marcar uma consulta. Ela [esposa com AVC] está viva porque não usa o público. Se tivesse que esperar, já não tinha aguentado. (Seu Prudêncio, agente de serviços legislativos aposentado, casado, 9 filhos, baiano)

A gente correu atrás e mandou fazer os exames do Bastos no particular. Foi bastante dinheiro, mas a gente conseguiu, no final das contas. Mas agora a gente está esperando a consulta. Isso é que está demorando. Eu já até fui lá [no centro de saúde] de novo, ver se conseguia adiantar a consulta. Mas nada. (...) Eu vou toda semana lá naquele HRC [Hospital Regional da Ceilândia] tentar ver se a consulta dele foi marcada. Ele já fez todos os exames. Fizemos tudo no particular. E até agora nada de consulta. A gente não sabe mais o que fazer (Dona Jandira)

Eu tive muito problema de anemia. Passei 20 anos com anemia. Dos 31 até os 51. Eu tô com 51 anos agora. No ano passado, eu fiz um convênio, porque eu tava precisando de um médico. Meu ferro chegou a 8 no ano passado. O normal é 40, só para vocês terem uma ideia. O médico passou o Noripurum e o Combiron. Eu tomei tudo. Aí, o médico me mandou para um hematologista.

Eu tomei 20 ampolas de intravenoso. Era um negócio preto, preto. Era quase um sangue, assim. Mas o meu convênio é fraco. Então, eu tomei só três ampolas no hospital que era da Unimed, o ex-Unimed. Hoje, chama Hospital Alvorada. (Dona Cirlene)

A esposa de Seu Prudêncio era hipertensa e, depois de ter sofrido um aneurisma, mantinha-se acamada havia alguns anos. O marido de Dona Jandira tinha DPOC e vinha com dificuldades para aceitar serviço de pedreiro dado à falta de fôlego. Dona Cirlene era uma senhora boliviana e viúva. Embora o filho e a nora morassem na “casa dos fundos” de seu quintal, era ela quem parecia ter que cuidar das várias doenças que lhe acometiam.

A expectativa dos três narradores era encontrar atalhos para acelerar o ritmo dos serviços. Seu Prudêncio tinha um bom plano de saúde e uma aposentadoria acima da média do bairro. Ainda assim, estava tentando um laudo médico para isentar a esposa do imposto de renda (afinal, como ele me disse, “uma pessoa paralítica não pode ficar pagando imposto”), retirava alguns dos medicamentos gratuitamente do centro de saúde e comprava a maior parte nas farmácias privadas do bairro, que lhe avisavam, inclusive, sobre promoções. A opção privatista era eficaz no caso do seu cuidado com a esposa, mas não deixava de contar com incursões pelos espaços públicos.

Como Seu Prudêncio, Dona Jandira também mostrou que, para atenuar os efeitos das longas esperas, era preciso “correr atrás”. Porém, nem sempre os atalhos eram exitosos. Por vezes, conseguiam realizar os exames “por fora”, como diziam, mas a consulta, “por dentro”, tardava. Ou vice-versa, como Dona Cirlene mostrou, o convênio havia permitido que encontrasse rapidamente um médico, mas não que seguisse por inteiro o tratamento prescrito. A alusão geral era de que os serviços privados eram sempre mais céleres do que os públicos. O desejo parecia ser de se autonomizar de uma vez dos públicos, mas a renda não permitia que contassem exclusivamente com planos de saúde, laboratórios e clínicas privadas. E, mesmo assim, havia uma gradação na esfera privada que compreendia também os “convênios fortes” e os “convênios fracos”.

Essas pessoas sempre me contavam das inúmeras estratégias para “correr atrás” e garantir ao menos um alinhavo, mais ou menos direto, mais ou menos oficial entre os serviços públicos e privados. As visitas aos hospitais eram apro-

veitadas para resolver vários assuntos. Numa das minhas conversas de banco de espera, no início do mês de dezembro de 2011, conheci Dona Leila, que citei em seção anterior. Ela aguardava a consulta do clínico geral. Era sua consulta de cartão, no acompanhamento da diabetes. Mas ela me explicou: “Eu estou aqui com outros exames de vista, para mostrar ao Dr. Josué. Vou aproveitar a consulta para falar de outras coisas também”. Depois, vendo que a demora não seria pouca, pediu licença. Levantou e foi até a janelinha da sala de exames. Em alguns minutos voltou com um enorme sorriso em seu rosto: “Acho que vou jogar na loto hoje! O que você acha? Fui ali e consegui marcar uma intravaginal e também uma mamografia, tudo de uma vez! E para esse mês ainda, veja só! É difícil demais conseguir a consulta e os exames, nossa mãe!”.

Passei algum tempo dentro da farmácia deste centro de saúde. Observei como Fagundes, o farmacêutico, tratava vários dos usuários pelo nome, além de perguntar pela saúde e tratamento de outros membros da família. Quando perguntei sobre sua relação com o bairro, ele contou:

Sim, há pessoas que frequentam o posto há muito tempo já. Uma vez, uma senhora veio aqui e me deu uma camiseta de presente. Assim, a lei proíbe quando é dinheiro. O servidor público não pode aceitar. Mas quando é um agrado, tudo bem. Outro veio e me trouxe uma caixa de uva Niágara. Ela estalava na boca, de tão boa. Eu falei, “Não precisa, estou aqui para servir e tudo”. Mas as pessoas ficam felizes quando são bem tratadas, querem retribuir.

Aproveitei para lhe perguntar se, geralmente, quem presenteava eram os pacientes de cartão: “Isso mesmo, nos dois casos – uva e camiseta – eram hipertensos”. Fiquei curiosa sobre o presente em dinheiro que ele havia mencionado.

Isso já aconteceu. Uma vez, um cara veio bem cedo e conseguiu ser atendido. Ele ficou todo agradecido, todo feliz. No final, me chamou do lado de fora e disse, “Eu queria agradecer. Toma um trocado para você”. Eu falei, “Você está me desacatando. Não posso aceitar isso. Eu trabalho aqui para todo mundo que procura o posto”. Eu me senti ofendido, sabe.

O raciocínio de Fagundes me ajuda a pensar que nem todas as opiniões sobre os serviços de saúde são negativas e que as pessoas facilmente reconheciam e ficavam satisfeitas de poder usufruir de um bom serviço. Assim como Seu Prudêncio que nos contou que os seus conhecidos nas farmácias lhe telefonavam para avisar das promoções que poderiam lhe interessar. Seria estra-

tégico também manter azeitadas relações semelhantes nos serviços públicos, como pode nos dar a entender o fato de se tentar presentear o farmacêutico do centro de saúde. Os contatos, nos espaços públicos ou privados, ajudavam a fazer o que, provisoriamente, chamo de rol ou de uma coleção particular de experiências hospitalares. Essa coleção precisava estar sempre ativa, atualizada e eficaz. A coleção não se abastecia somente de informações, portas ou números de telefones corretos, mas dependia muito do conhecimento sobre o funcionário, seu posto de trabalho, sua influência na instituição, seu jeito de atender, sua postura ética, etc. Rapidamente, Fagundes me fazia entender que, sim, era possível aceitar elogios, agrados e retribuições, mas nunca na forma pecuniária. Ele seguia o que a lei do funcionalismo público preconizava; mas, talvez, com outros funcionários, um trocado ajudasse a manter portas e serviços abertos. Uma coleção diversa e, principalmente, minuciosa seria o resultado concreto de quem tivesse “corrido atrás” de forma eficiente. E isso implicava, por exemplo, saber a que horas o balcão de exames estaria aberto, que clínicas particulares cobravam mais barato por um hemograma, que farmácias aferiam a pressão arterial gratuitamente ou que funcionários aceitariam um agrado para acelerar serviços, num intuito discreto em privatizar os serviços públicos.

As pessoas que entrevistei não se resignavam a cumprir apenas o que lhes era programado pelos serviços. Ter acesso ao espaço hospitalar era uma oportunidade para conhecer novos corredores, cartazes com avisos, nomes dos funcionários de outros setores. Era como se cada visita pudesse render mais um fragmento informacional para a “coleção”. Esse fragmento, mesmo inútil naquele momento, poderia se revelar útil mais à frente, diante de outro problema de saúde, da família ou da vizinhança, por exemplo. Ou até esse fragmento poderia servir para encaminhar problemas antigos, que viessem se acumulando, sem encontrar espaço de escuta e resolução.

Sugiro, sobretudo, que a alta frequência dessas pessoas nos centros de saúde e hospitais se dava, muitas vezes, por conta das atividades de cuidado com as doenças compridas. Dona Dora, Dona Miriam, Dona Jandira, Dona Madalena, Dona Cirlene, Dona Filó e Dona Leila eram todas pacientes de hipertensão. Dona Renata e Dona Corina tinham diabetes. Os cônjuges de Dona Marieta, Dona Miriam, Dona Jandira e Seu Prudêncio sofriam de derrames e asma. Eram

todos motivos que os levavam ao postinho toda semana ou, ao menos, todo mês. Estar ali assiduamente lhes permitia conhecer melhor esses espaços e usufruir de novas oportunidades para si e para os seus. As doenças eram compridas, mas as “coleções particulares de experiências hospitalares” também se esmeravam em ser. De modo semelhante ao que Nascimento (2008) notou entre os casais que arduamente buscavam soluções para suas limitações reprodutivas em Porto Alegre/RS, as dificuldades encontradas nestes serviços da Ceilândia e Distrito Federal – sobretudo o tempo transcorrido aí dentro – eram mote para se refletir sobre o caminho percorrido e, por tabela, também sobre a doença vivenciada.

### Considerações finais

Aqui, talvez eu tenha colocado tinta excessiva na responsabilização individual pelos problemas dos serviços de saúde, como se a consulta ruim se devesse somente à médica que não olha nos olhos do paciente ou a demora em marcar um exame fosse unicamente devido à displicência do atendente. Centrar-nos nos depoimentos das pessoas que convivem com as doenças compridas talvez nos faça escapar de um quadro mais geral e estrutural. Como em qualquer outro estado brasileiro, o SUS no Distrito Federal sofre de problemas de política pública, de gestão, de financiamento, de logística, de desmonte deliberado, etc. Mas gostaria que esses relatos seguissem marcando a memória, como exemplos vívidos e capazes de também serem uma forma de nos manter comprometidos com a melhora dos serviços de saúde.

Creio que é preciso qualificar as queixas contra o SUS, que sempre ouvi pelos corredores e casas que frequentei como etnógrafa. É preciso levar a sério essas queixas bem como o conhecimento que as pessoas acumulam ao circular penitentemente por essas instituições. Sugiro que levemos tão a sério quanto as concepções de corpo e doença que vamos buscar ou as representações sociais sobre o uso de medicamentos ou as práticas tradicionais de cuidado. A história de uma migrante idosa pelo SUS da Ceilândia pode ser semelhante e complementar a outras histórias relatadas por senhoras e senhores Brasil afora. É possível construir um quadro mais orgânico dessas percepções, para que funcione como um *diagnóstico popular da saúde institucional do SUS*.

Além disso, é possível que estejamos testemunhando um fermentar, ainda



que individualmente vivido e comunicado, de um processo de construção de cidadania ao entrar em contato com tanta frequência e frustração com as franjas do Estado brasileiro. Esse fermentar pode eclodir na forma de reclamações in/formais, abertura de processos na ouvidoria da SES/GDF ou no Ministério Público Federal, na organização de associações de adoecidos, na compra de serviços privados de saúde, nas entrevistas concedidas a jornalistas e antropólogos, nas brigas e agressões aos funcionários das portarias ou balcões de atendimento. Por fim, esse fermentar pode estar se anunciando nas explosões de raiva e impotência que vemos em campo, nas reportagens de televisão ou nas imagens grafitadas pelos pontos de ônibus e muros da cidade e, sugiro, verbalizam um enorme cansaço diante do sofrimento comprido causado pelos serviços públicos, dentre eles, os de saúde.

Eu me propus, aqui, a enfrentar uma antropologia parcial. Ao considerar as queixas dos moradores de um bairro do DF sobre os serviços de saúde de sua região como, de fato, avaliações legítimas, o resultado pode parecer uma denúncia ou uma simples reprodução de suas opiniões. Espero, contudo, que o texto tenha oferecido mais do que isso ao organizar – na forma do esperar, ser atendido e correr atrás – os diagnósticos elaborados sobre o SUS por essas pessoas da Guariroba. Almejo também ter mostrado que, além de avaliações, havia ações concretas realizadas por essas pessoas, como observar, perguntar, comparar, reunir e circular informações, por exemplo. Nesse momento, depois de tantos anos convivendo e encontrando com essas mesmas pessoas e ouvindo seus relatos de sofrimentos patológicos e institucionais, julgo pertinente vocalizar essas queixas e trazer o que considero um belo e localizado exemplo para a potente mensagem que foi deixada no muro perto de minha casa.

## Referências

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BORGES, Antonádia. *Tempo de Brasília: etnografando lugares-eventos da política*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

CALVO-GONZALEZ, Elena. Construindo corpos nas consultas médicas:

uma etnografia sobre Hipertensão Arterial em Salvador, Bahia. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 61, p. 81-96, 2011.

CANESQUI, Ana Maria. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2007.

CAVALCANTI, Mariana. Do Barraco à Casa: tempo, espaço e valor(es) em uma favela consolidada. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24: 69-80, 2009.

COSTA, Ana Maria. Riqueza de Pobre: um estudo em antropologia da saúde. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 1978.

FERREIRA, Jaqueline. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n.3, p. 111-118, 2005.

FERREIRA, Jaqueline e ESPIRITO SANTO, Wanda. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis*, 22(1), 2012, pp. 179-198.

FLEISCHER, Soraya. O mundo dos bem e mal passares: vivendo com hipertensão arterial na Guariroba, Ceilândia/DF. *Política & Trabalho*, João Pessoa, 37: p. 149-164, 2012.

\_\_\_\_\_. *Descontrolada*: uma etnografia sobre os problemas de pressão. São Carlos: EdUFSCar, 2018, no prelo.

FLEISCHER, Soraya e BATISTA, Jéssica Monique. “Isso aqui é a minha valência”: notas etnográficas sobre um grupo de ginástica na Guariroba, Ceilândia, DF. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, pp. 209-242.

\_\_\_\_\_. O tempo da falta e o tempo da bonança: Notas sobre experiências de cronicidade na Guariroba, Ceilândia/DF. *Anuário Antropológico*, 2012, Brasília, 195-224, 2013.

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

MACHADO, Lia Zanotta. Entre o inferno e o paraíso. Saúde, direitos e confi-

tualidades. *Série Antropologia*, 342. Brasília, 2003.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do. Reprodução, Desigualdade e Políticas Públicas de Saúde: uma etnografia da construção do desejo de filhos. *Tese* (Doutorado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PARSONS, Talcott. *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul, 1951.

RESENDE, M. L. S. Ceilândia em movimento. *Dissertação* (Mestrado em Sociologia), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1985.

RIBEIRO, Gustavo Lins. *O capital da esperança: a experiência dos trabalhadores na construção de Brasília*. Brasília: EdUnB, 2004.

TAVARES, Breitner. *Na quebrada, a parceria é mais forte: jovens, vínculos afetivos e reconhecimento na periferia*. São Paulo/Brasília: Annablume/Fundo de Apoio a Cultura do Distrito Federal, 2012.

## How can long diseases teach us about the health services?

### Abstract

Recently, on a wall close to my home, a graffiti was left during the night. In red paint, it was read “Vandalism is the SUS line”. Inspired by this strong message, I decided to prioritize, for this article, what I have heard from my interlocutors when facing the lines and challenges to use the SUS program. This article intends to show how painful it is to personally feel this vandalism every day, as well as the pains produced by long diseases, as chronic diseases have been called in the neighborhood of Guariroba (Ceilândia/DF). The idea is to note the perceptions related to the way the local health institutions work in the city. In this way, I suggest three concepts that strongly emerge from the data: “Waiting” for the services, “be attended” by the health professionals and individually and/or collectively “go after” solutions to overcome the limitations in the services. Something specific is accumulated by the experience of a long disease in order to face the daily vandalism offered by SUS.

**Keywords:** Chronicity; Health services; Primary attention.

Recebido em 12 de abril de 2017.  
Aceito em 25 de fevereiro de 2018.

## Sobre obstrução intestinal, ingá e o espírito do veado: algumas reflexões sobre a relação interétnica entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu

Karine Assumpção  
Doutoranda em Antropologia Social  
Universidade Estadual de Campinas  
karine.assumpcao@gmail.com

### RESUMO

Neste trabalho, convido-os a refletir sobre as relações de cura em saúde indígena a partir do relato do Dr. Douglas Rodrigues, médico que trabalha há quase quatro décadas com populações indígenas. Com base em sua narração de um trabalho terapêutico, realizado paralelamente a um pajé xinguano, abordar-se-á o limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural. Este relato ocorreu durante minha pesquisa de mestrado junto ao Projeto Xingu, um programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo), existente desde 1965 e presente prioritariamente na Terra Indígena Xingu (região centro-oeste do Brasil). Com base nos ensinamentos tirados de experiências como a narrada por Douglas, foi possível notar que os profissionais há mais tempo no Projeto transitam de um a outro lado dessa limiaridade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural), compartilhando códigos que os ajudam a controlar equívocos e negociar curas. Pelo Projeto Xingu ser pioneiro na realização de ações e formações em saúde indígena no Brasil, colaborando com a criação do Subsistema de Saúde Indígena brasileiro de 1999, e por seu caráter permanente e engajado, insta refletir sobre as experiências e aprendizados acumulados por esse grupo. Essa reflexão contribui para o debate sobre as possibilidades e limites do compartilhamento da cura e para reforçar olhares mais matizados sobre os profissionais da saúde que atuam nestes contextos.

**Palavras-chave:** Relação de cura; Projeto Xingu; Saúde Indígena.

### Início

Estamos em São Paulo, em uma sala repleta de fotos e artefatos dos povos que vivem na Terra Indígena Xingu (TIX), localizada na região noroeste do Estado do Mato Grosso (região centro-oeste do Brasil). Essa Terra Indígena (TI) foi criada em 1961<sup>1</sup> e possui atualmente uma população de, aproximadamente, 6100 indígenas (ISA, 2013),

pertencentes a dezesseis povos distintos, com aldeias espalhadas pelas microrregiões conhecidas como Alto, Médio, Baixo e Leste da TI (divisa com a TI Wawi). Na região do Alto Xingu estão localizadas aldeias de onze povos (Aweti, Kalapalo, Kamaiurá, Kuikuro, Matipu, Mahinako, Nahukuá, Naruvoto, Trumai, Wauja e Yawalapiti), os quais compõem o chamado “complexo cultural alto xinguno”, compartilhando rituais e realizando casamentos entre si, embora mantenham línguas e especialidades diferentes (SANTOS E COIMBRA JR., 2001; FRANCHETTO E HECKENBERGER 2001). Já no Médio, Baixo e Leste Xingu estão, majoritariamente<sup>2</sup>, os povos que viviam dispersos pela região (Ikpeng, Kawawete, Kĩsêdjê, Tapayuna e Yudja) – e alguns, como os Kisêdjê e Ikpeng, eram inimigos dos povos do Alto – e foram transferidos ou se transferiram para a área da TIX após sua criação (FERREIRA, 1994; LIMA 2005).

Nas fotos pregadas na sala, algumas em preto e branco, pessoas e épocas diferentes registram a longevidade das ações desenvolvidas desde 1965 pelo Projeto Xingu, um programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo). Inicialmente restrito a um apoio verticalizado (campanhista) às ações de assistência à saúde dos indígenas da TIX e com uma abundante produção científica sobre o contexto, o programa foi transformando sua práxis conforme mudanças internas (novos membros) e externas (criação da Fundação Nacional do Índio e Constituição Federal de 1988, por exemplo) se sucediam (BARUZZI E JUNQUEIRA, 2005; ASSUMPÇÃO, 2014). Com isso, os membros há mais tempo no Projeto – como passarei a mencioná-lo daqui em diante – participaram ativamente das lutas pela reforma sanitária do país, anos 80, pela criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e pelo seu Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), em 1999. Assim, o programa tornou-se reconhecido pela sua longevidade e compromisso na área, e atualmente realiza formações sobre saúde indígena por todo o país (Ibidem).

Hoje, a equipe do Projeto Xingu é composta tanto por pessoas ex-integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Xingu (que atuavam nas aldeias quando eu pesquisava entre 2009 e 2010), como por pessoas novas, com experiências em outras áreas indígenas, e também por pessoas mais velhas, que nunca fizeram parte da EMSI, pois efetuavam ações em saúde indígena antes da existência do SASISUS, mantendo forte vínculo com os indígenas da TI.

É nesse ambiente que o Dr. Douglas Rodrigues, médico que trabalha há quase quatro décadas com populações indígenas e um dos atuais coor-

denadores do Projeto, segue relatando e lembrando suas histórias. Ele iniciará o relato de um atendimento realizado em aldeia, logo quando começou a atuar na TIX, no qual trabalhou em paralelo a um conhecido pajé<sup>3</sup>, termo semelhante à xamã, bastante utilizado no Xingu por indígenas e não indígenas.

Em linhas gerais, o termo pajé designa aqueles que conseguem ver outros seres como eles se veem (como humanos) sem se tornarem presa, ou seja, sem ter sua perspectiva capturada, mas sim exercendo a função de mediador, de um “diplomata cosmopolítico” (VIVEIROS DE CASTRO, 2008). Eles buscam, com isso, “interpretar o inusitado, conferir ao inédito um lugar inteligível, uma inserção na ordem das coisas” (CARNEIRO DA CUNHA, 2009). Em suma, ser um pajé é ser tradutor em meio a diferentes pontos de vista (Ibidem), o que em casos de adoecimento se traduz pela tentativa de restabelecer o equilíbrio das relações alteradas. Entretanto, vale ressaltar, que esta é uma categoria genérica, que “apaga uma série de distinções significativas que são importantes em quase todas as sociedades indígenas. É comum não haver em línguas indígenas uma palavra única que abranja os vários especialistas agrupados pelo termo ‘pajé’” (Ibidem, p.342).

O artigo será desenvolvido, assim, seguindo a ordem como os acontecimentos foram apresentados pelo médico para que possamos, primeiro, refletir sobre sua narração e interpretação dos fatos e percebermos seus feitos e afetos diante das ações de seus interlocutores indígenas. Logo, o ponto de vista privilegiado neste texto será o do médico, mesmo quando aquilo que se está narrando é o processo de cura efetivado pelo pajé. Em seguida, buscar-se-á entender como essa situação contribuiu para a construção dos princípios ideológicos do trabalho desenvolvido pelo Projeto Xingu em aldeias, e como este contribui para a reflexão sobre a práxis do Subsistema de Saúde Indígena.

Concomitantemente, o objetivo será pensar, a partir da relação de cura retratada, as possibilidades e limites do compartilhamento da cura em contextos intermédicos, os quais envolvem negociações e mediações políticas constantes e que extrapolam o adoecimento e a cura de alguém(ns) (FOLLER, 2004). O intuito será, ao final, reforçar olhares mais matizados sobre os profissionais da saúde que atuam nestes contextos.

### **Há, por alguma razão, obstrução intestinal**

Acompanhemos a história de Douglas. Ele inicia seu relato da seguinte forma:

Fui chamado para atender uma menina de uns nove anos que estava com a barriga um pouco distendida. Examinando a criança, concluí tratar-se de uma

obstrução intestinal, que significa: por alguma razão entope o seu intestino, normalmente por um bolo de lombrigas, caroço ou cabelo. Iniciei o tratamento padrão com vermífugos e óleo mineral para ajudar a desfazer a formação, e o pajé estava também trabalhando, fumando, e tudo mais (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Neste trecho, caso eu não tivesse mencionado anteriormente o contexto em que conversei com este médico, não haveria qualquer indício de que a menina em questão era indígena – com exceção da última frase, na qual aparece a figura do pajé. O médico disse que a examinou, formulou um possível diagnóstico - me traduziu o que obstrução intestinal envolveria – e como interveio para restabelecer o bem-estar e saúde daquela pessoa.

Estaríamos diante de um representante da biomedicina<sup>6</sup> e suas investigações para decifrar a doença, uma abstração pautada em uma “regularidade que nunca se repete exatamente igual” (CAMPOS, 2002, p.10)?

Sim e não. Faz-se necessário perceber que apesar da existência dessa abstração autorizar um profissional de saúde a intervir em casos concretos de adoecimento, há problemas “quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso” (Ibidem). Quando isso acontece, a doença é tida como objeto cuja existência é autônoma e manifesta por lesões específicas, que seriam, por sua vez, consequências desencadeadas por uma causa ou causas múltiplas (CAMARGO JR., 2005, p.181), que devem ser corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (Ibidem, p.186).

Mas Douglas trabalha há décadas com povos indígenas e outras concepções de cura. Haveriam diferenças entre ele e outro médico representante da biomedicina? Se observássemos apenas a definição etiológica sobre a doença da menina atendida, provavelmente as diferenças seriam pequenas. Mas na práxis médica (CAMPOS, 2002), que mescla essa definição com a prática médica através do relacionamento e comunicação com a pessoa doente, a experiência do médico do Projeto e sua posição político-ideológica é singular, como constataremos até o fim deste relato.

Existem inúmeras abordagens sobre as diferenças internas da biomedicina. Camargo Jr. (2005), por exemplo, observa que a ciência médica moderna (teoria) e a “arte de curar” (p.180), como nomeia a parte mais prática da clínica, são muitas vezes desconexas ou paradoxais, gerando o que o autor chama de “um agregado irregular de disci-



plinas no qual muitas das noções fundamentais são implícitas, levando ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática” (Ibidem.). Tal constatação explicaria, segundo ele, a não uniformidade existente nas ações dos representantes da ciência biomédica, ou seja, os profissionais da saúde. Entretanto, atesta também que, por mais divergente que pareçam, há noções em comum, inauditas.

Outros, como Laurell (1982), agregam a essa constatação da não uniformidade uma análise histórica e social do processo saúde-doença-atenção, que permite perceber a prevalência das necessidades dos dominantes, “que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto” e “condicionam um ou outro conceito de saúde e doença” (p.9). Segundo ela, na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença está centrado na biologia individual e esse caráter parcial dos trabalhos não permite ampliar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas (p.10).

Com essa mesma ênfase, Campos (2002) critica a consequência desse tipo de concepção, que gera a noção de “Doença total”, roubando toda a subjetividade da pessoa doente. Isso porque “uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo, apenas raramente, liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um” (p.5). Assim, o autor propõe projetos terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam o papel ativo do enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros de sua sociabilidade (p.9). Ou seja, ele defende uma clínica ampliada, resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença. Contudo, considerando esses elementos dialéticos, assim como discutimos o conceito de doença, o de sujeito também necessita de atenção.

Desde Mauss (2015) sabemos que a noção de pessoa é uma categoria fundada na experiência social, ou seja, uma construção coletiva que oferece um significado ao vivido. Assim, a ideia de uma pessoa como fenômeno natural/biológico está inserida no imaginário ocidental contemporâneo, sustentada pela biomedicina (LE BRETON, 2011), tanto quanto a sócio-lógica da construção da pessoa ameríndia está apoiada em uma fisio-lógica da fabricação de seus corpos, o que torna a pessoa e o corpo entidades simbólicas e não cindidas (SEEGER et al, 1987). As diferenças de concepções se tornam facilmente notáveis em ações de saúde que envolvem relações de cura intermédicas.

Na interação que vivenciei entre os grupos indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu e pessoas atreladas ao Projeto Xingu, por exemplo, observei que ser um profissional da saúde, que sente, estuda, ensina e discute as características de um bom profissional para lidar com a saúde indígena, não é sinônimo de deixar suas concepções e motivações ocidentais de cura. Abandoná-las seria uma má prática e irresponsabilidade, que se traduziria em posturas omissas (CAMPOS, 2002), e não em um profissional diferenciado. Assim, os profissionais há mais tempo envolvidos nesse contexto agem munidos de sua medicina, sem que precisem utilizá-la conforme os protocolos convencionais, mas sem negá-los. Eles tentam, inclusive, adaptá-los para o contexto em que trabalham.

Com isso, atitudes tradicionalmente repreensíveis, como fumar ou andar descalço em chão sujo, a partir de um conceito de bem-estar e de satisfação psicológica, são ressignificadas por esses profissionais, entrando no campo da defesa da diversidade cultural. Assim, o fumo do pajé é considerado seu instrumento de trabalho e o contato direto com a terra faz parte da educação das crianças. Esses profissionais se mantêm preocupados com os diagnósticos e tratamentos biomédicos, mas também com a subjetividade e bem-estar dos sujeitos indígenas (ASSUMPCAO, 2014).

Assim, voltando ao trecho inicial do relato do Douglas, sua menção de que “o pajé estava também trabalhando, fumando, e tudo mais” (Entrevista, 23/07/2013, São Paulo) é o primeiro passo para entendermos melhor a relação de cura estabelecida. Olhando apressadamente o início do seu relato sobre o caso da menina, poder-se-ia enxergar uma insensibilidade dele para com outras concepções e, conseqüentemente, outras formas de cura. Isso porque sabemos que noções diferentes de pessoa e corpo influenciam diretamente o reconhecimento de certos sintomas como uma doença (LANGDON, 2005), bem como os diagnósticos possíveis (aceitáveis), a escolha e a avaliação do tratamento, gerando situações patológicas e itinerários terapêuticos variados para se chegar ao mesmo fim: a cura (DUARTE, 2003). Porém, após a reflexão anterior sobre os conceitos de doença e sujeito, nota-se que essas diferenças de noções estão presentes também na biomedicina<sup>7</sup>.

Logo, a informação sobre o pajé, que aparece quase como um detalhe nesse início da narrativa, é fundamental para a análise da situação como um todo: Douglas realizava seus procedimentos ao mesmo tempo em que o pajé. A criança não foi atendida à tarde em seu consultório – ou no posto de saúde – e à noite pelo cuidador indígena,

por exemplo. Tampouco ele priorizou encaminhá-la para realizar exames na cidade, o que dificultaria outros tratamentos. Em seu relato não há uma relação de protagonista e auxiliar dentro de um mesmo procedimento de cura. Ele trabalhava e o pajé também, cada um refletindo sobre o caso e interagindo com a criança a sua maneira.

Farei uma rápida contextualização para tentar demonstrar a importância desse detalhe. A partir da década de 1980, os profissionais envolvidos com o Projeto Xingu resolveram modificar o modelo campanhista de atendimento<sup>8</sup> e fortalecer a atenção primária à saúde, estruturando-a em âmbito local. Com isso, eles estreitaram os laços com a população local e se aproximaram dos cuidadores tradicionais, que seriam os pajés, rezadores e parteiras – no contexto do Xingu. A história aqui narrada data desse período, pois ocorreu nos anos iniciais de trabalho do Douglas na região. Desde então, a noção que os membros do Projeto têm de respeito aos povos indígenas se pauta pela máxima “respeitar não é se manter distante, mas é observar, ouvir, dialogar e, se possível, fazer junto” (Fala de uma profissional do Projeto – S.M., entrevista, 06/09/2013, São Paulo).

Ademais, a grande maioria dos indígenas e não indígenas com quem conversei (ASSUMPCÃO, 2014) apontam Douglas como o precursor de tal comportamento que, segundo ele, começou a ser feito mais por curiosidade pessoal, “algo intuitivo”, do que por achar que assim criaria uma relação de respeito e isso seria “bem visto”: “Então, eu perguntar para o pajé ‘o que você acha?’ Eu o valorizo. Não faço isso para valorizá-lo, mas é um efeito, e as pessoas veem isso” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo). E assim, movido pela sua curiosidade, o médico interagiu com os indígenas desde a alimentação até a pajelança, algo que deu corpo àquela noção de respeito citada anteriormente e que se tornou uma espécie de valor do Projeto Xingu, sendo transmitido a cada novo profissional que integra a equipe.

Com essa relação mais próxima estabelecida, os profissionais passaram a presenciar as pajelanças e procedimentos diversos das relações de cura indígenas, como o trabalho das parteiras e os conhecimentos dos raizeiros – acumulando muitas histórias como as que animam este artigo (ASSUMPCÃO, 2014).

### **Há, também, feitiço do espírito do veado**

Assim, médico e pajé trabalhavam lado a lado para tentar curar a menina, mas isso não significa que concebiam o processo da mesma forma, nem que trabalhavam

juntos, no sentido de realizarem uma só ação a quatro mãos. Por exemplo, com o passar do tempo e a falta de resposta aos tratamentos feitos na menina, Douglas relembra: “Eu já estava pensando que, caso não melhorasse, teria que retirá-la de área.” (Entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Dessa vez, outra opinião apressada ou não familiarizada com aquele contexto poderia enxergar negligência do médico ao retardar a transferência da menina para um centro hospitalar, com mais estrutura (tecnologia) para salvar a vida daquela paciente. Logo, precisaremos expandir o olhar para fora da relação médico-pajé-menina para compreendermos um pouco mais esse universo das relações intermédicas do Xingu, inserido no Subsistema de Saúde Indígena brasileiro. Se ele decidisse retirá-la, a negociação de curas, como opto chamar esse tipo de situação (ASSUMPÇÃO, 2014), poderia ficar mais complicada, pois tal decisão dificultaria ou interromperia os procedimentos do pajé.

As concepções biomédicas de saúde e doença, que estão atreladas às concepções de pessoa e corpo da sociabilidade dos profissionais de saúde, trabalhadas no item anterior, estão presentes não só nas ações dos profissionais de saúde do Projeto Xingu, como também nas políticas de saúde estatais e leis internacionais de direitos humanos e à saúde – incluindo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (ASSUMPÇÃO, 2009). Logo, certas expectativas, regulamentos e ideologias transpassam as relações imediatas entre doente e profissional de saúde não indígenas.

Os membros do Projeto atuam com base na noção de Clínica ampliada, considerando os aspectos subjetivos dos sujeitos doentes, sem se afastarem dos conhecimentos biomédicos, em especial a epidemiologia. Isso significa que em seus diagnósticos e práxis médica, baseiam-se em determinados sintomas previamente classificados como característicos de uma doença nomeada pela biomedicina internacional, representada pela Organização Mundial de Saúde e, dentre outros, seu Código Internacional de Doenças. Nesse caso, não há espaço para arriscar, modificando suas práticas com a justificativa de respeito à outras medicinas, ou devido às barreiras culturais intransponíveis.

Durante o mestrado, optei por participar das viagens da equipe do Projeto, motivadas geralmente para vacinar, mas também para realizar oficinas culinárias e formações de agentes indígenas de saúde (ASSUMPÇÃO, 2014). Pude notar, como Kelly (2009), que a relação dos indígenas com as equipes de saúde são pautadas por uma noção de direito aos serviços de saúde e atendimento biomédico, com cobranças e

controle sendo exercidos pelos indígenas. Em algumas aldeias a passada da equipe de saúde se tornava um evento, em outras nem tanto, mas era nítido que qualquer esboço de ação que destoasse do esperado poderia gerar conflitos – como vacinar em uma parte distinta do corpo ou não medicar alguém com dor (ASSUMPÇÃO, 2014).

Ademais, notei que os indígenas do Xingu com os quais o Projeto se relacionava não esperavam que os profissionais da saúde se tornassem indígenas e adotassem ou interferissem nos procedimentos dos pajés – algo similar ao que Morgado (1994) aborda sobre a resistência dos Wayana-Aparai em aceitar a prescrição biomédica de chás ao invés de pílulas, entendendo o primeiro como “coisa de índio” (p.53). Ou seja, quando profissionais de saúde ultrapassam sua função e interferem na resolução de algumas doenças sem se mostrarem dispostos a primeiro entender, para depois tentar atender à demanda local, são expostas as contradições, o conflito imanente a esse tipo de relação.

Entretanto, os membros do Projeto contam sobre casos em que, por conta do vínculo já estabelecido, conseguiram negociar adaptações para que ambos, profissional biomédico e pajé, pudessem tratar o mesmo paciente. São exemplos dessa interação a enfermeira ir até a casa do recém-nascido para dar vacina, pois é perigoso para a criança circular pela aldeia, ou ainda levar o pajé, junto com o paciente, para um centro de referência mais especializado de biomedicina - ou ainda a situação que estamos acompanhando neste texto. Assim, a maleabilidade necessária em situações como essa não é só exigida do médico, mas também do pajé, que se dispõe a sair da aldeia junto com o paciente, por exemplo, para seguir com seu tratamento.

Não digo que com essas atitudes os profissionais se tornem imunes aos conflitos, mas sim que buscam estabelecer uma relação menos desigual, exatamente pela consciência de quão autoritária e dominadora pode ser a cultura ocidental e sua ciência e medicina. Eles possuem uma postura crítica à biomedicina sem deixarem de ser excelentes representantes dela. Com isso, caso Douglas concluísse ser arriscado manter a menina na aldeia, seria necessário iniciar um processo de negociação com familiares, pajés e demais lideranças, sendo possível diferentes desfechos conforme os sujeitos envolvidos.

Entretanto, isso não ocorreu e a menina não foi retirada da aldeia, pois

De repente, após um transe provocado pelo uso do tabaco e chamamento aos espíritos, o pajé e seus ajudantes saíram correndo em direção à mata. Após uns cinco minutos, a menina deu um gemido mais forte e evacuou

uma grande quantidade de sementes de um fruto chamado ingá. De imediato seu abdome voltou à normalidade, melhoraram os vômitos e as cólicas abdominais. Quase que ao mesmo tempo, o pajé e seus ajudantes retornaram da mata, trazendo uma pequena trouxinha amarrada com embira, que havia sido desenterrada pelo pajé justamente no pé de um grande ingazeiro. A explicação veio em seguida. Tratava-se de um sortilégio feito pelo espírito do veado, que aprecia o ingá e é brincalhão, com o intuito de castigar a ousadia da menina, que entrara sozinha na mata para apanhar seus frutos prediletos. Então ele fez feitiço para ela comer ingá com caroço, porque criança nessa idade não come mais caroço, já sabe tirar (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Surgia, assim, mais um sujeito envolvido nesse processo: o espírito do veado, que estaria, como sugere Fausto (2002), predando o sujeito-ativo da menina ao fazê-la comer diferentemente das crianças de sua idade – lembrando que canibalismo e alimentação estão sempre em relação nas sociedades indígenas aqui tratadas. Nesses casos, segundo o autor, a doença seria como percebemos “a predação familiarizante dos animais” (p.13). Não aprofundarei a discussão sobre as relações de canibalismo e comensalidade na Amazônia por agora, mas sinalizo o entendimento desse constante pêndulo da predação do sujeito-ativo e transformação deste em objeto-passivo (e pacífico) existente também no Xingu (FRANCHETTO e HECKENBERGER, 2001).

O momento de cura da menina fez com que ações que ocorriam em paralelo se sucedessem e se encadeassem de forma a contrariar os mais céticos. O médico, entretanto, não denotou desmerecimento pelos fatos e explicações relacionados com as ações do pajé. Nesse momento, sua narrativa seguiu com a mesma entonação e expressão de quando relatou seus procedimentos. Vindo de um representante da biomedicina, esse comportamento se destaca.

Por algum tempo, eu acreditei que seria visto como certo elogio falar a determinado profissional, como o Douglas, quão diferente era sua forma de pensar sobre eventos como este, ou que seu procedimento destoava dos médicos e enfermeiras que me atendem nas instituições hospitalares urbanas, os quais me examinam de forma rápida e objetiva. Mas, para a minha surpresa, esse comentário era recebido sem muita honra. Em seguida, respondiam-me com uma afirmação da cientificidade de seus procedimentos e de como todas suas ações eram cientificamente comprovadas como eficazes pelas mais recentes pesquisas biomédicas.

Foi assim também ao entrevistar Douglas que, além disso, conhece conceitos

antropológicos como o mito do bom selvagem (MONTAIGNE, 1984) e a noção de aculturação (RIBEIRO, 1982). Percebo que nessa conversa, e em outras que tive com ele e os demais profissionais da saúde do Projeto, havia uma preocupação em não reproduzir esses estereótipos, e demonstrar certo conhecimento das discussões antropológicas. Preocupavam-se em afirmar que eram bons profissionais da saúde, e não profissionais da saúde bons, bondosos, ou que civilizariam os indígenas, que os ensinariam a cuidar da saúde.

Ao invés de encontrar pessoas encantadas pelas experiências únicas que o convívio com outra cultura proporciona – de certa forma, essa era a minha expectativa inicial –, encontrei uma equipe de pessoas apegadas à organização e valores do serviço que vivenciavam no Xingu. Buscavam se mostrar atrelados ao formato engajado de serviço, e não, de maneira altruísta ou religiosa, às populações com quem trabalham. Sua postura ideológica se transformou, ao longo dos anos, em um compromisso ético-político do Projeto: saber que outros conhecimentos existem e são tão importantes quanto o científico. Se aproximar desses outros conhecimentos é o passo seguinte.

### **O limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural**

Assim, logo após relatar os fatos, Douglas procurou expressar sua interpretação sobre o ocorrido:

Então quer dizer, coincidência, né? Claro que o óleo que eu dei ajudou a tirar, mas o quanto foi o meu óleo e o quanto foi o feitiço que ele desenterrou? Eu não sei. Não adianta eu querer dar uma explicação biomédica para algo que é formado em outros paradigmas, o que eu posso dizer é que na hora que o pajé foi tirar o feitiço, a menina eliminou o que estava obstaculizando. Eu sabia que era algo do tipo, só não sabia que era ingá (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

É interessante notar que ele verbaliza sua ação como uma ajuda e não como o que, de fato, teria curado a menina. E conclui: “Então o meu diagnóstico estava correto, e o do pajé também, e resolveu” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Portanto, na situação relatada, o médico não se preocupou em desmentir ou traduzir as explicações dadas pelo pajé, pois se conformou com o desfecho final de cura, e com o sentido que aquele final fazia aos seus interlocutores. Logo, sua medicina não precisou nem ser negada, nem ser defendida, e duas importantes conclusões podem emergir. Primeiro, tanto nos tratamentos com óleos e remédios, como nos processos

de cura por meio da pajelança, os pacientes podem melhorar, algo almejado tanto por pajés quanto pelos profissionais biomédicos envolvidos com a saúde indígena.

Uma segunda conclusão seria que a prioridade dos procedimentos e conhecimentos biomédicos não é passivamente incorporada pelos indígenas, que demonstram seu protagonismo neste como em outros eventos, podendo inverter a ordem das prioridades. Douglas mencionou em sua entrevista que o referido pajé foi quem abriu muitos caminhos para ele no Xingu, que o inseriu em diversas situações. A partir disso, podemos sugerir a existência de certa intencionalidade desse pajé em se associar ao médico. Como Carneiro da Cunha (2009) observa, é possível que essa associação fizesse parte de seus esforços de construção de sentido frente aquele novo sujeito (Douglas). Ademais, associar-se ao médico poderia também incrementar sua reputação de tradutor e diplomata entre vários mundos. Esse pequeno esboço na direção de uma análise multidimensional expressa o que considero ser o caminho a ser percorrido para analisar os processos de negociação de cura afim de compreender as relações intermédicas em saúde indígena, essencialmente (cosmo)políticas.

Muitos dos profissionais que hoje estão no Projeto Xingu se mantiveram por anos atuando em aldeias por aprenderem a agir de forma diferenciada em situações conflituosas, trabalhando com um conceito ampliado de saúde. Esse aprendizado, entretanto, demanda tempo, vínculo, pressupõe conflitos e paciência para gerar alguns acordos, que tornam possíveis certos “códigos compartilhados” (MONTEIRO, 2006) entre profissionais da saúde não indígenas e pajés. Entendo que esses códigos estariam mais próximos de regras de etiqueta para o bom convívio e, com base na teoria da “mediação cultural” (Ibidem.), focar nas relações que subjazem esses processos favoreceria a percepção das características históricas e conjunturais da produção desses códigos e dos espaços de produção de interação.

Os códigos compartilhados não transparecem necessariamente o que os sujeitos pensam ou o que eles fazem quando não estão preocupados em utilizá-los. Logo, é necessário cautela na utilização desse conceito como sinônimo de geração de entendimento (GEERTZ, 1998 apud MONTEIRO, 2006), pois pode dificultar a percepção da tradução inerente a esse compartilhamento. Compreendendo-os como parte de processos de tradução,

A tradução tem por objeto manter a consciência de que existem diferentes referentes sob cada representação. Ela deve recordar que o mundo de coisas e



eventos é, na realidade, um mundo de homônimos e ações, que não podemos perder de vista que (...) por trás de um acidente como uma picada de cobra, pode haver um agente, tipicamente, um xamã inimigo (KELLY, 2009, p. 288).

Assim, as traduções, intrínsecas aos processos de comunicação presentes nas relações intermédicas entre indígenas e não indígenas, carregam consigo equívocos, que podem ser controlados - como argumenta Viveiros de Castro (2004) sobre o perspectivismo indígena - ou não controlados, quando falta consciência de que eles existem, resultando em traduções literais e extensão de simbolizações, sem afetação pelos significados dos outros (KELLY, 2009).

Voltando-nos a história que anima este artigo, é perceptível que Douglas tem a consciência da inexorável presença dos equívocos quando admite que não conseguirá dar uma explicação satisfatória a algo fora de seus paradigmas. Ele demonstra saber que aquela coincidência muito provavelmente não será identificada dessa forma por seus interlocutores. Assim, ele utiliza os códigos compartilhados que amenizam os conflitos, como atender a menina lado a lado com o pajé, ou concluir seu relato enfatizando que ambos os diagnósticos estavam corretos.

Profissionais como este médico, que passam por situações como a descrita nesse texto e aprendem a mediar as negociações políticas intrínsecas à elas, começam a enxergar o limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural. Assim, não é raro ouvir os profissionais do Projeto dizerem “eu não curo, quem cura é o pajé”, ou que “o meu diagnóstico estava correto, e o do pajé também” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo), sem que isso os deslegitime naquele contexto. Também já presenciei um pajé xinguano pedir uma pílula analgésica para dar à pessoa que recebeu seus cuidados e isso não o tornou menos pajé ou um pajé desacreditado. Todos continuaram pela casa comentando sobre seus feitos, enquanto a agente indígena e eu voltávamos para a casa da equipe de saúde, para pegar o tal remédio.

Assim, os profissionais atrelados ao Projeto Xingu somam aprendizados advindos tanto de experiências próprias quanto da intensa orientação e formação ideológica que recebem desde a primeira viagem a Terra Indígena Xingu (ASSUMPCÃO, 2014). Com o acúmulo dessas experiências em saúde indígena, eles transitam de um a outro lado dessa limiaridade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural), os quais possibilitam utilizar

argumentações médicas para cuidar da diversidade cultural, sem descuidar da sua ética clínica, buscando a síntese entre sujeito e doença (CAMPOS, 2002).

Esses profissionais tornam-se, assim, exímios mediadores políticos: aprendem quais códigos utilizar com os indígenas, o que torna suas ações mais bem aceitas, assim como não desconsideram os códigos da burocracia governamental, das políticas públicas e da biomedicina, sendo requisitados pelas organizações dos serviços públicos e cursos de formação no país pelos acúmulos que possuem no tema, como mencionado anteriormente.

### **Considerações finais**

Com base nas reflexões levantadas a partir do relato de Douglas, conclui-se que a manutenção da autoridade e eficácia curativa da medicina indígena teria se tornado um código compartilhado da relação intermédica que analisei entre Projeto Xingu e povos indígenas do Xingu. Nessa relação, as populações indígenas e os profissionais ligados ao Projeto, no movimento concomitante de acessar seus códigos e incorporar alguns códigos alheios, conforme a conjuntura política, elaboram códigos compartilhados que facilitam seus trabalhos de cura. Se os profissionais do Projeto ganham mais autoridade e respaldo dos indígenas para realizarem ações paliativas e de prevenção é porque também não priorizam protagonizar a cura, que é verbalizada como sendo dos cuidadores tradicionais.

Tratam-se de mediações políticas realizadas em situações concretas de relações intermédicas de cura e de performances que cada um desses agentes realiza em momentos como esses. Os biomédicos não deixam de curar nem os médicos indígenas deixam de prevenir ou realizar ações paliativas, mas não são esses os aspectos enfatizados na relação intermédica analisada.

### **Notas**

1. Inicialmente a área foi demarcada como “Parque Nacional do Xingu”, renomeada em 1978 como “Parque Indígena do Xingu” - após uma década de inexistência legal, apesar de sua manutenção física – e em 1990 passa a ser chamada de Terra Indígena do Xingu, como as demais demarcações indígenas que ocorreram no país com o passar dos anos. Esta nova denominação segue a distinção categórica entre parques, enquanto reservas ambientais, e terras demarcadas, que preveem a presença de agrupamentos humanos em sua área. Esta é a nomenclatura utilizada, atualmente, pelos povos indígenas da região.
2. Há algumas poucas aldeias Waurá, Kamaiurá, Trumai e Kalapalo na região.
3. Opto por não mencionar o nome do pajé e sua etnia para evitar a vinculação deste artigo com algum

povo xinguano específico e também para não confundir o relato do médico com uma descrição [etnográfica ou densa] do xamanismo praticado por este povo. Saliento apenas que o referido pajé era bastante conhecido no Xingu e que o caso que anima este artigo ocorreu na região do Alto Xingu, no início dos anos 80.

4. Esse trabalho é simpático à análise das formas de enunciação e do “discurso de Outrem” de Bakhtin, 2006. Entretanto, farei aqui apenas uma etnografia da narrativa, sem aprofundar em um debate linguístico.

5. Saliento que vivenciei outras experiências em campo, acompanhando este e outros profissionais do Projeto em seus trabalhos realizados entre 2010 e 2013 que reforçam como as atitudes desse médico se tornaram premissas do Projeto (ASSUMPÇÃO, 2014).

6. Este trabalho é simpático à terminologia da antropologia da saúde, que considera todos os sistemas de cura, ou de saúde-doença-atenção, como médicos, sendo a biomedicina entendida aqui como a forma diagnóstica e terapêutica predominante dentro da medicina ocidental contemporânea. A opção por esta denominação deve-se ao fato de esta refletir a vinculação desta forma de “racionalidade médica” com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005).

7. Entendendo que biomedicina, assim como sociedade, é uma abstração generalizante que cria uma totalização dada a priori (CARNEIRO DA CUNHA, 2009).

8. Até então as ações do Projeto Xingu eram mais campanhistas, com equipes de médicos e afins viajando para a TIX quatro vezes ao ano, geralmente em períodos de férias das aulas na UNIFESP.

## Referências

ASSUMPÇÃO, Karine. AIDS e políticas públicas: epidemia, populações indígenas e vulnerabilidades. *Relatório Final* de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Paulo, 2009.

\_\_\_\_\_. Negociando curas: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. *Dissertação* (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). *Parque Indígena do Xingu*: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMARGO JR., Kenneth R. A Biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15 (supplement): 177- 201, 2005. Disponível em: ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312005000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312005000300009&lng=en&nrm=iso)). Acesso em 21: Mar. 2018.

CAMPOS, Gastão W de S. *A clínica do sujeito*: por uma clínica reformulada e

ampliada. In: Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Disponível em: (<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>). Acesso em: 27 dez 2017.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Xamanismo e tradução: pontos de vista sobre a Floresta Amazônica; “Cultura” e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: *Cultura com aspas*. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.173-183, 2003. Disponível em: ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232003000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100013&lng=en&nrm=iso)). Acesso em: 21 Mar. 2018.

FAUSTO, Carlos. Banquete de gente: comensalidade e canibalismo na Amazônia. *Mana*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.7-44, Out. 2002. Disponível em: ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010493132002000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010493132002000200001&lng=en&nrm=iso)). Acesso em : 27 Dec. 2017.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. *Caderno de Campo*, São Paulo, v.13, n. 13, p. 155-161, 2005. Disponível em: (<http://www.revistas.usp.br/cadernos-decampo/article/view/50263/54376>). Acesso em: 21 mar. 2018.

FERREIRA, Mariana Kawall Leal (Org.). *Histórias do Xingu*: Coletânea de depoimentos dos índios Suyá, Kayabi, Juruna, Trumai, Txucarramãe e Txicão. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP e FAPESP, 1994.

FOLLER, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. L., e GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas*: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (Orgs.). *Povos do Alto Xingu*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

KELLY, José Antonio L. “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. *ILHA*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 265-302, 2009. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2009v11n1-2p265>). Acesso em: 21 mar. 2018.

LANGDON, Esther. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G. e JUNQUEIRA, C. (Orgs.). *Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

LAURELL, Ana Cristina. A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LE BRETON, David. Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem. In: *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes; 2011.

LIMA, Tania S. *Um peixe olhou para mim: o povo Yudjá e a perspectiva*. São Paulo: Ed. UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NuTI, 2005.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

MONTAIGNE, Michel de. Dos canibais. In: *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, p. 100-106, 1984.

MONTEIRO, Paula. Índios e missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: MONTEIRO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006.

RIBEIRO, Darcy. Colocando o problema. In: *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1982.

MORGADO, Paula. O Pluralismo Médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 41-69, 1994. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v4i4p41-69>). Acesso em: 21 mar 2018.

SANTOS, Ricardo V. e COIMBRA JR., Carlos E.A. “Parece feito por um molde único”: cultura, sociedade e bioantropologia no Alto Xingu. In: FRANCHETTO, B. e HECKENBERGER, M. (Orgs.). *Povos do Alto Xingu*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: PACHECO DE OLIVEIRA, J. (Org.). *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/

Karine Assumpção

Marco Zero, 1987.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. *Tipiti*, v.2(1), p. 3–22, 2004. Disponível em: (<https://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/about.html>). Acesso em: 21 mar 2018.

\_\_\_\_\_. Xamanismo transversal: Lévi-Strauss e a cosmopolítica amazônica. In: QUEIROZ, R. de C. e NOBRE, R. F. (Orgs.). *Lévi-Strauss: leituras brasileiras*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

## **Intestinal obstruction, ingá and the spirit of the deer: some reflections on the healing relations between indigenous and professionals of the Xingu Project**

### **Abstract**

In this paper, I invite you to reflect on healing relationships in indigenous health based on the account of Dr. Douglas Rodrigues, a doctor who has worked with indigenous populations for nearly four decades. Based on his narration of a therapeutic work, done simultaneously with a Xingu's pajé work, this paper will address the threshold between saving lives and save (respect) the cultural diversity. This report was part of my ethnography carried out with the Xingu Project, an extension program of the Preventive Medicine Department of the Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo), which has existed since 1965 and is present primarily in the Xingu Indigenous Land (central-western region of Brazil). Based on learnings from narratives like the one told by Douglas, it was possible to note that the professionals in the Project for a longer time transit from one side to another of this threshold by the extended concept of health and (cultural) well-being, sharing codes that helps them to control misunderstandings and negotiate healing. Due to the Xingu Project being pioneer on actions and training in indigenous health in Brazil, collaborating with the creation of the Subsystem of Attention to Indigenous Health in 1999, and due to its permanent and engaged nature, its needful the reflection about the experiences and learnings gathered by this group. This reflection contributes to the discussion about the possibilities and limits of sharing of healing and to reinforce more multidimensional views of health professionals which works on those contexts.

**Keywords:** Healing Relationships, Xingu Project, Indigenous Health

Recebido em 12 de abril de 2017.  
Aceito em 25 de fevereiro de 2018.

Dossiê: Etnografando experiências do adoecimento e medicalização no Brasil

## Com o peito cheio de pó: adoecimento e manipulação das doenças asbesto-relacionadas entre trabalhadores do amianto em Minaçu (GO)

Arthur Pires Amaral

Doutorando em Antropologia Social

Universidade Federal de Goiás

arthurpa@gmail.com

### RESUMO

Este artigo apresenta uma discussão que problematiza o adoecimento e a morte de trabalhadores da indústria do amianto em Minaçu (GO), a partir dos conceitos de disease, sickness e illness, amplamente discutidos na perspectiva de uma Antropologia Médica. Serão analisados os conflitos de interesse surgidos no conluio econômico de uma ciência e uma prática médicas a serviço dos ganhos privados daquela indústria e como isso gera a manipulação das doenças asbesto-relacionadas (DARs) e, sobretudo, o encobrimento dos trabalhadores adoecidos pelo mineral. Os dados aqui apresentados foram obtidos a partir de pesquisa de campo etnográfica na cidade de Minaçu, onde foram entrevistados ex-funcionários da S.A. Minerações Associadas (SAMA) e/ou seus familiares mais próximos. Conclui-se neste trabalho que uma articulação entre os conceitos de sickness e disease nos projeta imediatamente a investigações sobre a dimensão da doença vivida e narrada enquanto uma enfermidade, ou seja, uma illness, levando-se em consideração todo um contexto de interações socioculturais que dão significados às DARs.

**Palavras-chave:** Amianto; Doenças asbesto-relacionadas; Minaçu; SAMA.

### Introdução

O debate sobre os perigos relacionados ao uso do amianto e de seus produtos ganhou uma dimensão global a partir dos anos 1990, quando países da União Europeia – como a França e o Reino Unido – passaram a produzir uma série de estudos demonstrando a ampla associação entre: a inalação das fibras desse mineral por trabalhadores da indústria do amianto e o aumento dos casos de asbestose, câncer de pulmão, mesotelioma de pleura, entre outras doenças que podem levar os indivíduos ao adoeci-



mento e à morte (cf. WALDMAN, 2011, THÉBAUD-MONY, 2014; MENDES, 2001; CASTRO; GIANNASI; NOVELLO, 2003; SCLIAR, 2005; CAPELOZZI, 2001; MONIZ; CASTRO; PERES, 2012; WUNSCH FILHO; NEVES; MONCAU, 2001).

Desde então, vários movimentos sociais em diversos países do mundo

[...] passaram a exigir o banimento de qualquer variedade de amianto, por entenderem que todos são maléficos à saúde e não há limite mínimo de segurança à exposição à poeira, e que seu controle, em toda a cadeia produtiva, é praticamente impossível. Diante das pressões desses movimentos, os organismos internacionais [a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT)] têm manifestado apoio ao banimento do mineral (BARBOSA, 2013, p. 137).

Atualmente, cerca de 70 países proibiram formalmente o uso do amianto em seu território. Mas o Brasil não está nessa lista. Desde 1995, a lei federal 9.055/95 regulamenta a extração, industrialização, comercialização e o transporte do asbesto<sup>1</sup> e dos produtos que o contenham. A proibição do uso do amianto e de seus produtos em território nacional se restringe a apenas quatro Estados brasileiros: São Paulo (lei nº 12.684/2007), Rio Grande do Sul (lei nº 11.643/2001), Pernambuco (lei nº 12.589/2004) e Rio de Janeiro (lei nº 3.579/2004).

Ao longo deste artigo, faço uma discussão que problematiza o adoecimento e a morte de trabalhadores da indústria do amianto na cidade de Minaçu (GO), a partir dos conceitos de *disease*, *illness* e *sickness*, amplamente discutidos na perspectiva de uma Antropologia Médica. Serão analisados os conflitos de interesse surgidos no conluio econômico de uma ciência e uma prática médicas a serviço dos ganhos privados daquela indústria, e como isso gera a manipulação das doenças asbesto-relacionadas e, sobretudo, o encobrimento dos trabalhadores adoecidos pelo mineral no Brasil. Os dados e a discussão aqui apresentados são decorrentes de minha pesquisa de doutorado em Antropologia Social (PPGAS/Universidade Federal de Goiás), iniciada em março de 2015, cujo trabalho de campo em Minaçu se deu a partir de minha estadia naquele município entre setembro de 2016 e junho de 2017.

No primeiro tópico, eu irei apresentar o meu problema de pesquisa. Para tanto, faço uma contextualização etnográfica de Minaçu e da empresa S. A. Minerações Associadas (SAMA) no cenário socioeconômico goiano. Em seguida, irei levantar e discutir os motivos das reações de certos interlocutores à minha abordagem de

um tema sensível a eles: o adoecimento e a morte de trabalhadores da SAMA provocados pela contaminação ao amianto. Por fim, eu destaco como o contato com moradores que contestam o papel daquela empresa na cidade – os revoltados –, me possibilitou identificar e compreender todo um jogo de dissimulação das doenças asbesto-relacionadas (DARs), por parte de médicos ligados profissionalmente aos interesses comerciais da mineradora.

Já o segundo tópico traz uma descrição das doenças ligadas à inalação e/ou ingestão de fibras de amianto, mostrando que, diferentemente do que afirma a indústria desse mineral a partir das pesquisas de seus especialistas, as DARs afetam as estruturas e funções de diferentes órgãos e sistemas corporais – não se restringindo apenas aos pulmões. A partir de um ponto de vista antropológico, eu faço também uma crítica aos usos de uma Epidemiologia que se vale apenas de categorias biomédicas e se baseia em estudos de base exclusivamente probabilística, em detrimento das experiências dos indivíduos com suas enfermidades e dos contextos sociais e simbólicos nos quais elas se expressam através de sintomas. Procuo mostrar que as DARs podem ser entendidas também como uma *sickness* e que, portanto, devemos considerar em sua análise todo um conjunto de relações políticas e institucionais entre os ex-trabalhadores da SAMA adoecidos e os interesses financeiros dessa empresa mineradora.

Encerro este texto fazendo breves considerações acerca de como uma articulação entre os conceitos de *disease* e *sickness*, aqui desenvolvida, nos projeta imediatamente a investigações sobre a dimensão da doença vivida e narrada enquanto uma enfermidade, ou seja, uma *illness*, levando-se em consideração todo um contexto de interações socioculturais que dão significados às DARs, revelando, assim, seus possíveis modelos explicativos e o sofrimento social decorrente dos vínculos entre condições de saúde e questões de poder político, econômico, institucional, moral e legal.

### **A indústria do amianto em Minaçu e a abordagem de um assunto constangedor, mas inevitável: o adoecimento de trabalhadores pelo amianto**

Localizada na região norte do Estado de Goiás, divisa com Tocantins, e distante cerca de 500 km de Goiânia, a cidade de Minaçu<sup>2</sup> abriga a mina de amianto de Cana Brava, a única em atividade na América Latina e a terceira maior do mundo. O processo de formação de Minaçu está umbilicalmente ligado à história da empresa

que detém o monopólio da exploração desse mineral no Brasil: a SAMA – S. A. Minerações Associadas que, por sua vez, é subsidiária do maior grupo nacional produtor de materiais de fibrocimento à base de amianto: a Eternit do Brasil Cimento Amianto S. A.

Fundada em 1939, a SAMA iniciou suas atividades em 1941 na mina de São Félix, município de Poções, Bahia. Quase 26 mil toneladas de fibras de amianto foram extraídas da mina até o seu exaurimento total em 1967. Neste mesmo ano, tendo o conhecimento geológico (desde 1963) da existência de uma jazida de amianto com potencial internacional em uma região do território goiano, a empresa decide transferir sua estrutura, seus equipamentos e trabalhadores da Bahia para Goiás (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010). Já em território goiano, nas imediações da Serra de Cana Brava e da nova sede da empresa, um pequeno núcleo urbano começou a ser fundado de forma a abrigar os administradores, engenheiros, técnicos e demais trabalhadores da SAMA. A antiga Vila Operária contava com toda uma infraestrutura básica por meio do fornecimento de energia elétrica, de uma rede de água, da ocupação de residências construídas pela empresa e disponibilizadas aos seus funcionários, da abertura de ruas e da oferta de “serviços médico-hospitalares, odontológicos, de assistência social e de lazer, entre outros” (BARBOSA, 2013, p. 17).

Com a intensificação anual da produção de amianto na mina de Cana Brava, o aumento exponencial das receitas e dos impostos gerados pela atividade mineadora, a ampliação da população do povoado de Minaçu – a partir de um movimento migratório de trabalhadores vindos da Bahia, de outras regiões do Brasil e, especificamente, do interior goiano –, e a constituição de grupos de poder ligados aos interesses econômicos da SAMA, todo um movimento emancipacionista local é formado. Sua principal reivindicação era a autonomia político-administrativa do então distrito de Minaçu em relação à cidade de Uruaçu. Tendo a empresa como o principal agente financiador da campanha pró-emancipação, em maio de 1976 o município de Minaçu é criado oficialmente (BARBOSA, op. cit.).

Desde então, a SAMA vem batendo recordes na extração, beneficiamento industrial e comercialização de fibras de amianto para indústrias de transformação em Estados brasileiros das regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul, e, também,

em países como Colômbia, Peru, Bolívia, Equador, México, El Salvador, Canadá, Estados Unidos, Índia, Indonésia, Tailândia, Malásia, Filipinas, Sri Lanka e Zimbábue – além de abastecer a totalidade da demanda do mercado interno nacional (cf. SAMA, 2015). Para se ter uma ideia dessa produção, somente no ano de 2015, mais de 232 mil toneladas de fibras do amianto crisotila<sup>3</sup> foram industrializadas, gerando um valor de comercialização próximo a R\$ 550.442.248 (cf. DNPM, 2016). Em relação à participação da SAMA no recolhimento de impostos, naquele mesmo ano o setor mineral em Minaçu rendeu aos cofres públicos estaduais aproximadamente R\$ 26.141.000 de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), representando cerca de 80% do ICMS total arrecadado na cidade (IMB, 2017). Quanto aos *royalties* oriundos da exploração do amianto, dados de 2015 indicam que o município de Minaçu arrecadou R\$ 6.338.222 e o Estado de Goiás, R\$ 2.242.755, por meio do imposto da CFEM – Compensação Financeira da Exploração de Recursos Minerais (cf. DNPM, *op. cit.*).

Outro aspecto importante a ser considerado são os salários pagos aos trabalhadores dos setores operacionais da mineradora, contratados diretamente pela empresa ou, então, terceirizados. Dentre eles destaco aqui: I - os que trabalha(va)m na perfuração e desmonte do maciço rochoso nas cavas da mina de Cana Brava; II - os que transporta(va)m, com pesados caminhões, o minério até os britadores, ou o rejeito e o estéril – “assim considerados o serpentinito com baixo teor de fibra, o serpentinito sem fibras e o solo” (FORNASARI FILHO et al., 2006, p. 28) – até as bancas de deposição; III - aqueles que trabalha(va)m nos britadores, onde há a fragmentação do minério e seu peneiramento; IV - os que atua(va)m no armazenamento das fibras de amianto no silo de minério seco; V - aqueles que trabalhavam no ensacamento do minério já beneficiado e/ou na costura manuais das embalagens (de 50 kg cada), num período anterior à automação destes procedimentos; VI - por fim, os pedreiros, carpinteiros, mecânicos, eletricitas e demais funcionários auxiliares de serviço geral. Estão nestas seis categorias os trabalhadores que constituem a totalidade dos ex-funcionários da SAMA abordados por mim pessoalmente, ou através de seus familiares – uma vez que muitos deles já haviam falecido há alguns meses ou, mesmo, anos antes das entrevistas.

Se tomarmos como referência os salários-mínimos pagos aos trabalhadores brasileiros, entre os anos de 2008 e 2015, por exemplo, e compararmos com os me-

nores salários pagos pela mineradora às categorias de funcionários descritas acima, é possível verificar que os rendimentos desses empregados do setor operacional estavam, em média, 61% acima do salário-mínimo nacional (cf. SAMA, 2008-2015). Todos esses dados são levantados aqui para dar uma dimensão do poder econômico que essa empresa exerce nos níveis municipal, estadual e federal<sup>4</sup>.

A SAMA é percebida pelos moradores de Minaçu como a principal referência de boa qualidade de gestão de pessoal e de negócios, e uma ótima oportunidade de emprego e renda, almejada por boa parte desses habitantes. Na cidade, todo mundo já trabalhou na SAMA ou tem parentes e/ou amigos que lá estão/estavam empregados. Consequentemente, falar sobre o adoecimento de pessoas devido ao trabalho com o amianto não é tarefa fácil. Não chega a ser um assunto-tabu, mas tocar nessa questão levanta diferentes suspeitas por parte dos moradores. Eles me olhavam muito desconfiados, querendo saber o real motivo de minha presença na cidade: “Por que você se mudou pra cá?”, “Você é contra a SAMA?”, “É a favor do banimento do amianto?”, “Sua pesquisa vai prejudicar a gente ou a cidade?” – estas foram perguntas que com frequência eu escutava ao identificar a minha pesquisa, de tal modo que comecei a colocar em dúvida a minha própria abordagem aos meus interlocutores: “Será que eu devo falar das doenças do amianto logo de cara?”, “Qual é a melhor maneira de tratar desse assunto sem parecer que eu esteja julgando, a priori, a empresa, afastando assim possíveis interlocutores?”.

Não é que eu pense que as indústrias do amianto e as fábricas que produzem materiais compostos pelas fibras desse mineral não tenham cometido e continuem cometendo um crime ao expor seus funcionários e a população à poeira de amianto, adoecendo-os e, sobretudo, levando deliberadamente centenas de milhares deles à morte, já há mais de um século<sup>5</sup>. Sobre esse assunto eu tratarei, detalhadamente, a partir do próximo tópico. Mas quero aqui ressaltar apenas que fazer uma pesquisa em Minaçu, sobre os problemas à saúde humana causados pelo amianto, implica em conhecer o poder de cooptação que a empresa mineradora exerce entre os minaçuenses, e não apenas entre os seus (ex-)funcionários. Imagino que os relatos de quatro de minhas aproximações aos moradores da cidade possam ilustrar melhor as motivações locais da resistência a um debate sobre os perigos da atividade mineradora de amianto na cidade.

No final do mês de setembro de 2016, comecei o meu dia indo a uma distri-

buidora de gás e água potável próxima a casa onde morei em Minaçu. Fui procurar por um senhor chamado Fábio<sup>6</sup>, proprietário do estabelecimento e que havia sido indicado por um vizinho meu naquele município. Ao chegar lá, me apresentei a ele, lhe disse de onde eu vinha e que fiquei sabendo que seu tio José havia trabalhado na SAMA, adoecido por causa do amianto e, por fim, ido a óbito. Depois de dar instruções a um de seus funcionários, Fábio me convidou a sentar em seu pequeno escritório. No decorrer de nossa conversa, ele mostrou ser uma pessoa com muitas informações acerca do papel da mineradora em Minaçu. De cara ele me apresentou a sua própria percepção quanto aos problemas oriundos do contato com as fibras de amianto suspensas no ar: para Fábio, qualquer tipo de poeira pode fazer mal à saúde como, por exemplo, a areia e o pó de carvão. Em sua opinião, o amianto é apenas mais um elemento da natureza que, se mal utilizado, pode trazer algum risco à saúde, e que, inclusive, os seus substitutos (outros tipos de fibras naturais ou sintéticas)<sup>7</sup> também representam um perigo.

Fábio se mostrava indignado com as atitudes de pessoas contrárias a SAMA e que optam pelo seu fechamento, pois isso traria um enorme desemprego a cidade. Argumentou que em outros países onde a indústria do amianto é forte, como na Rússia e no Canadá, os seus governantes e a sua população defendem essas empresas. Para ele, os membros da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (ABREA) podem estar a serviço dos interesses de ricos empresários que desejam tomar o espaço da S.A. Minerações Associadas e de fábricas que produzem materiais como telhas e caixas-d'água a base de cimento-amianto. Apesar de se afirmar como um morador de Minaçu que não é contra e nem a favor da mineradora, a fala de Fábio claramente pendia para uma narrativa sobre os benefícios que a empresa trouxe a população da cidade, como os vários empregos diretos e indiretos relacionados à mineração daquele mineral.

Num certo momento de nossa conversa, Fábio afirmou que a minha pesquisa quer mostrar apenas o lado negativo da SAMA – e não o que ela teria de positivo – e que, por isso, eu encontraria dificuldades para tratar do tema do adoecimento pelo amianto, uma vez que este é um assunto constrangedor para os moradores de Minaçu. A partir daí, ele começou então a me passar dicas sobre as próximas abordagens aos meus interlocutores. Segundo Fábio, o modo como o abordei fez parecer que eu estava investigando – assim como faz a polícia – a morte de seu tio, e não

que eu estava ali como um pesquisador da Universidade Federal de Goiás. Quando em seguida lhe perguntei se ele poderia me passar o endereço de seus primos, filhos de José, Fábio respondeu que sim, mas que eu deveria abordá-los de um modo diferente do que eu havia feito com ele. Conforme sua recomendação, ao falar com seus primos (Ricardo e Douglas), eu deveria afirmar que havia sido Leonardo, meu vizinho, e não ele, quem os indicou para serem entrevistados. Fábio ainda orientou que eu não tocasse, diretamente, no assunto da morte de seu tio, mas sim que eu estava ali para ouvir os dois lados: daqueles que são a favor e dos que são contra a ação da SAMA em Minaçu.

Saindo da distribuidora, fui até a mercearia de Ricardo, que se mostrou, diferentemente do que eu esperava, interessado em participar da pesquisa como um interlocutor. Além disso, sugeriu que depois eu tentasse entrevistar um vizinho seu, Bernardo, funcionário aposentado da SAMA e que, periodicamente, ia às cidades de Goiânia e São Paulo fazer exames médicos a pedido da empresa e custeados por ela. Assim como Fábio, também Ricardo me passava outra dica: ao me apresentar a Bernardo, eu deveria deixar claro que sua identidade seria mantida em sigilo, pois como ele foi reconhecido pelos médicos a serviço da SAMA como um ex-funcionário com doença asbesto-relacionada, a empresa lhe havia oferecido um plano de saúde individual bancado por ela própria. Como Ricardo me adiantou, a identificação de seu vizinho através de minha pesquisa poderia resultar em uma retaliação por parte da SAMA, fazendo com que ele perdesse a assistência médica garantida por aquele plano.

Em outro dia, fui à procura do senhor Antônio – irmão mais velho de Leonardo. Bati palmas em frente ao seu portão e, em pouco tempo, ele me recebeu em sua casa com um sorriso no rosto e uma cadeira para eu sentar. Antônio me contou que trabalhou por 25 anos (de 1967 a 1992) na SAMA como pedreiro, pintor e, por último, na secagem do amianto já britado e peneirado. Quando eu me apresentei a ele e lhe contei sobre o meu interesse em conhecer e entrevistar ex-trabalhadores da mineradora adoecidos pelas fibras do mineral, inicialmente Antônio me falou que havia tratado de um câncer na próstata. Mas, em seguida, indaguei se ele tinha algum problema no pulmão – já que o seu irmão havia lhe indicado justamente por conta disso. Antônio então respondeu que tinha asbestose. Esse diagnóstico havia sido dado pelos médicos da SAMA há, pelo menos, dez anos. A partir daí, Antônio co-

meçou a fazer exames médicos com certa frequência, a exemplo de Bernardo, também pagos pela empresa. Segundo ele, os exames de raios-X e tomografia do tórax, feitos tanto em Goiás quanto em São Paulo, mostravam uma pequena mancha no pulmão, a asbestose, mas que, de acordo com os médicos, não estava progredindo com o passar do tempo.

Até então eu conversava com Antônio sem o uso do gravador digital. É que antes das entrevistas gravadas, eu sempre queria conhecer um pouco o contexto de fala de meus interlocutores. Entretanto, num segundo momento, quando fui lhe explicar com mais detalhes os objetivos da pesquisa em Minaçu, a simpatia de Antônio por mim se converteu, repentinamente, em uma mistura de espanto e raiva. Ele foi categórico: “Não quero dar entrevista! Não vou prejudicar a SAMA!”. Mesmo eu garantindo o seu anonimato, o senhor Antônio tinha medo de o pessoal da empresa descobrir que ele havia participado dessa pesquisa. Para ele a sua entrevista comigo podia, de alguma maneira, lhe prejudicar depois – é que, além do plano de saúde, Antônio recebeu uma indenização de mais de 22 mil reais referente ao acordo extrajudicial firmado entre a empresa e alguns dos ex-colaboradores (termo pelo qual a empresa identifica todos os seus funcionários, de forma a vinculá-los não apenas economicamente à mineradora, mas, também, de modo afetivo a ela) adoecidos pelo amianto. Acordo este que, uma vez assinado, impediria o trabalhador de entrar com ações individuais ou coletivas na justiça comum contra a SAMA, por meio das quais poderiam conseguir o pagamento de indenizações, em alguns casos, milionárias<sup>8</sup>.

Uma última situação a que faço referência, para exemplificar os motivos das recusas de muitos moradores de Minaçu em relação ao reconhecimento do grande número de ex-funcionários da SAMA adoecidos e, em muitos casos, mortos pela contaminação às fibras de amianto, me remete ao meu encontro com Amanda em sua casa, em 05 de novembro de 2016.

Antes de conhecê-la pessoalmente, entrei em contato com o processo de adoecimento de seu pai, o senhor Gérson, relatado no Dossiê do Amianto no Brasil (2010). A partir de entrevista com a sua viúva, Sônia, dos laudos médicos de exames realizados por Gérson a pedido da SAMA e de sua certidão de óbito, ficamos sabendo que esse ex-colaborador trabalhou na mineradora entre julho de 1974 e agosto de 1998, tendo falecido aos 49 anos de idade por causa de uma insuficiência respiratória aguda e de um câncer no pulmão – embora os laudos chegassem, todos,



a uma mesma conclusão: “Ausência de alterações pleuro-pulmonares por exposição ao asbesto”. Em seu depoimento, Sônia contou que Gérson trabalhava em um dos laboratórios da empresa, mas que ia constantemente à mina de Cana Brava para recolher amostras de rochas contendo as fibras de crisotila. Durante seis meses Gérson apresentou tosse constante, falta de ar, dificuldades para caminhar curtas distâncias, além de sangramento nasal. Com a continuidade prolongada desses sintomas, Gérson procurou então pelo médico da SAMA, Dr. Eduardo Andrade Ribeiro, que, inicialmente, lhe receitou apenas um xarope para a tosse. Dadas as constantes crises de falta de ar em seu marido, Sônia solicitou ao médico um balão de oxigênio, pedido esse que foi prontamente negado por Dr. Eduardo (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, op. cit., p. 177-181).

Dada a persistência dos sintomas, o médico da empresa solicitou outro exame para Gérson, que deveria ser analisado por um oncologista de Goiânia. Em dezembro de 2005, o seu nódulo pulmonar maligno foi detectado com a seguinte ressalva: muito provavelmente, o senhor Gérson apresentava o câncer de pulmão já há uns cinco anos (em 2000, portanto), embora os exames feitos anteriormente nada detectassem. Tendo o seu adoecimento sido reconhecido pela SAMA, a empresa passou assim a custear o tratamento quimioterápico de Gérson. Apesar disso, em fevereiro de 2006, exatamente dois meses após o início das sessões de quimioterapia, o senhor Gérson veio a falecer (ibid.).

Com essas informações em mente, eu fui atrás de dona Sônia no endereço indicado pela certidão de óbito de Gérson, que, por sua vez, foi publicada naquele mesmo dossiê (idem, 2010, p. 180). Depois de duas tentativas frustradas, sem encontrar qualquer pessoa no local, resolvi perguntar a um vizinho de Sônia se ela ainda morava naquela casa da Avenida Paraná. Acabei descobrindo que esse vizinho é um dos genros de Sônia e de Gérson. Porém, para a minha surpresa, eu soube que Sônia havia morrido por conta de um infarto há dois anos. Agora, apenas sua cunhada, Amanda, residia no imóvel. Ele ainda me contou que a sua esposa é uma funcionária da SAMA, e que Amanda teria guardado e lhe mostrado, recentemente, fotos antigas de Gérson com o macacão da mineradora coberto pela poeira branca do amianto. Uma semana depois, eu finalmente a encontrei em sua residência.

Identifiquei-me a ela, falei brevemente sobre a minha pesquisa em Minaçu, e contei que tinha uma ideia sobre o adoecimento de seu pai. Amanda me olhou

desconfiada, demonstrando não ter tempo para entrevistas, pois, sendo professora em tempo integral, ela teria apenas os finais de semana para poder realizar as tarefas domésticas. Apesar disso, pude ainda conversar com Amanda por cerca de vinte minutos antes de eu ir embora. Ela confirmou algumas das informações que eu já sabia, mas fez questão de ressaltar que seu pai havia morrido por conta de seu excessivo hábito de fumar cigarros – quase dois maços por dia –, e não devido à inalação das fibras de amianto presentes no ambiente de trabalho. Quando soube que seu cunhado havia me contado sobre umas antigas fotos de Gérson, nas quais ele aparece coberto pelo pó daquele mineral, Amanda fechou a cara, como que contrariada com o familiar “fuxiqueiro”, e contou duas histórias com a intenção de me fazer desistir da procura por documentos que revelassem as causas do adoecimento de Gérson.

Num primeiro momento, Amanda informou que a residência onde morava havia sido assaltada há poucos dias e que os ladrões furtaram todas as suas fotos. Posteriormente, Amanda afirmou que, dias atrás, ela mesma teria jogado fora os exames e relatórios médicos de seu pai, tanto aqueles realizados em Goiânia quanto os que foram feitos em São Paulo-SP, pois já “não precisava mais deles”. Apesar de não culpar a empresa pela morte de Gérson, insistindo sempre em seu costume de fumar cotidianamente vários cigarros Marlboro, Amanda reconheceu enfim que seu pai havia mesmo recebido do “sindicato um dinheiro que ele tinha direito”, no valor de 30 mil reais. No tópico 2, veremos que esse dinheiro recebido por Gérson se refere, na realidade, a uma indenização paga pela SAMA àqueles trabalhadores reconhecidos oficialmente como tendo DARs, sob a condição de que eles assinem um acordo interno firmado entre os doentes e a empresa, com o apoio do sindicato da categoria, de modo a evitar processos na justiça comum contra a mineradora. Será visto também que, pelo valor da indenização paga a Gérson, é possível deduzirmos que sua disfunção respiratória foi considerada “acentuada” – a mais grave numa escala que ainda contempla as seguintes gradações: “sem disfunção”, “disfunção leve”, “disfunção moderada”.

A constante negativa de meus interlocutores a uma discussão mais aprofundada sobre o adoecimento de antigos funcionários da SAMA, após longos ou, mesmo, curtos períodos de trabalho na mineradora, acaba por revelar os fortes e eficazes vínculos de dependência desses trabalhadores e de seus familiares – em sua grande

maioria de baixa renda – com relação aos “benefícios” oferecidos pela empresa, nas situações em que ela passa a confirmar a presença de DARs entre os ex-empregados. Se não fosse pela atitude da empresa, eles jamais poderiam pagar por um plano de assistência médica que lhes permite realizar, periodicamente e sem custos adicionais às suas escassas poupanças, não apenas os exames exigidos pela SAMA (testes de função pulmonar, raios-X e tomografia do tórax), mas, também, um check-up completo para o acompanhamento de sua saúde, em muitos casos, debilitada – incluindo aqui exames de próstata e de sangue, consultas a oftalmologistas e cardiologistas, entre outros serviços médicos e hospitalares cuja procura é mais frequente. Além disso, o recebimento de uma indenização por estar com o peito cheio de pó (de amianto) poderá representar um ganho financeiro inesperado, porém bastante necessário para o pagamento do aluguel de casa e de outras contas acumuladas e atrasadas, dos materiais para a construção da residência própria, ou dos muitos e caros remédios receitados no curso de seus tratamentos.

Em meu trabalho de campo na cidade de Minaçu, pude entrevistar – com o uso do gravador digital – 22 moradores. Seis destes já tiveram carteiras de trabalho assinadas pela própria empresa, ou trabalharam como funcionários terceirizados, e estão aposentados pelo INSS, embora apresentem algum tipo de doença asbesto-relacionada reconhecida pela SAMA. Os outros dezesseis entrevistados eram parentes (esposas ou filhos) daqueles seis antigos colaboradores ou, então, de ex-empregados que também adoeceram trabalhando com o amianto, mas que já haviam falecido – destes ex-trabalhadores, cinco vieram a óbito sem ter suas DARs reconhecidas pela equipe médica a serviço da empresa.

Nas entrevistas gravadas com os interlocutores, os interpelei apoiado em um roteiro semiestruturado embasado na bibliografia da pesquisa e que contempla os seguintes tópicos para discussão: (i) Trajetórias de vida e ocupacional; (ii) Trabalho na SAMA; (iii) Doenças asbesto-relacionadas e exames médicos; (iv) Acordos (extra-)judiciais; (v) Riscos; (vi) Percepção sobre a empresa e o processo de adoecimento; (vii) Mobilizações políticas dos expostos ao amianto.

Dentre os interlocutores-chave da pesquisa, quero destacar o papel fundamental que Renato teve ao longo do trabalho de campo naquela cidade. Digo fundamental porque foi somente através de um contato pessoal mais duradouro com Renato, que pude conhecer outro grupo de moradores aos quais ele identifica como:

“os revoltados”. Mas, por que essa denominação? Antes de explicar o seu significado, é preciso ressaltar que, até conhecer Renato, eu apenas tinha mantido um diálogo mais extenso com ex-funcionários da SAMA que haviam sido reconhecidos por sua equipe médica como tendo alguma doença provocada pela inalação de fibras de amianto, em diferentes atividades desenvolvidas dentro da mineradora. Esses moradores receberam o plano de saúde e/ou uma indenização por parte da empresa. Além disso, eles vão periodicamente a Goiânia e/ou São Paulo realizar consultas médicas em hospitais e clínicas, públicas e privadas. Nessas viagens frequentes, seus gastos com exames, transporte e alimentação são todos arcados pela SAMA.

No entanto, ao entrevistar Renato, eu soube pela primeira vez que havia um conjunto amplo de ex-funcionários da SAMA em Minaçu, os quais faleceram após vários anos de trabalho com o amianto, mas que nunca tiveram os sinais e sintomas das doenças que os levaram a morte como expressões clínicas de DARs. São estes trabalhadores como, também, suas esposas e filhos, que se depararam com a ausência completa de qualquer tipo de medidas reparatórias por parte da mineradora, ao longo de seus processos de adoecimento. São eles, cuja dor e sofrimento não foram reconhecidos publicamente, que estavam/estão revoltados com a empresa e que, por isso, se sentiam menos ameaçados por ela, mostrando-se assim bem mais abertos às críticas contra a mineradora.

Foi por meio de seus depoimentos e de toda a documentação que guardam até hoje – relacionada ao trabalho de seus maridos/pais e a seus exames médicos – que pude conhecer todo um jogo de encobrimento e manipulação das doenças asbesto-relacionadas, por parte de médicos de universidades públicas, mas ligados profissionalmente aos interesses políticos e econômicos da S.A. Minerações Associadas e da Eternit. Será à luz dos trabalhos teóricos e empíricos discutidos pela Antropologia Médica que eu me deterei, a seguir, sobre o entendimento e a interpretação de tal processo de dissimulação dos efeitos sanitários dos riscos industriais do amianto, e suas implicações à vida cotidiana dos seus trabalhadores.

### **A manipulação das doenças asbesto-relacionadas e a ocultação do adoecimento de trabalhadores da SAMA**

A mineradora SAMA exerce uma ampla influência sobre a política, a economia e as relações sociais em Minaçu. Além de financiar com generosas quantias

as campanhas eleitorais de candidatos a cargos nos poderes legislativos federal e estadual (no caso de Goiás), ela também apoia os candidatos a prefeitura daquela cidade, bem como seus futuros representantes na Câmara Municipal (cf. BARBOSA, 2013). No período de 2008 a 2015, por exemplo, a empresa superou ano a ano seus próprios números: apesar de a quantidade de fibras de amianto beneficiadas e vendidas apresentar uma queda a partir de 2012, os seus valores de comercialização cresceram, aproximadamente, 65% (cf. DNPM, 2009-2016; SAMA, 2008-2015). Embora desde 2014 venha ocorrendo um declínio significativo dos postos de trabalho, diretos e terceirizados, existentes na SAMA – situação essa que se estende até hoje, segundo as notícias que correm pela cidade –, a empresa é ainda a responsável por ofertar a maior parte dos empregos formais de Minaçu, além de pagar os melhores salários da região.

Apesar de todo esse quadro socioeconômico local, é preciso levar em conta que, internacionalmente, desde o início do século XX, mas, sobretudo, a partir dos anos 1960, a ciência vem produzindo uma variedade de estudos, nas áreas de Saúde Pública e Epidemiologia, comprovando as altas taxas de mortalidade e morbidade<sup>9</sup> associadas à inalação de fibras respiráveis de asbesto<sup>10</sup>, tanto no ambiente ocupacional quanto nas áreas próximas às minas e fábricas de produtos em cuja composição está presente o mineral (cf. WALDMAN, 2011, THÉBAUD-MONY, 2014; MENDES, 2001; CASTRO; GIANNASI; NOVELLO, 2003; SCLIAR, 2005; CAPELOZZI, 2001; MONIZ; CASTRO; PERES, 2012; WUNSCH FILHO; NEVES; MONCAU, 2001).

Podemos identificar como as principais doenças asbesto-relacionadas (DARs),

(i) a Asbestose:

[...] Caracteriza-se por uma fibrose pulmonar que acarreta o endurecimento dos espaços intersticiais da ‘membrana alvéolo-pulmonar’, provocando a diminuição progressiva na transferência de oxigênio dos alvéolos para o sangue. Ao reduzir a capacidade pulmonar, a asbestose causa dificuldade respiratória, podendo levar à insuficiência cardíaca. O período de latência entre o início da exposição e o aparecimento dos sintomas ou sinais da doença é variável, dependendo do grau de exposição. Geralmente esse período dura cerca de 10 anos após o primeiro contato (SCLIAR, 2005, p. 84).

[Ela também causa] cansaço, emagrecimento e incapacidade funcional para o trabalho nas fases iniciais, e para as tarefas do cotidiano nas

fases mais avançadas. Leva à morte lentamente [...]. Na fase mais aguda da doença são necessárias doses elevadas de oxigênio para suprir a função respiratória (DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010, p. 98).

(ii) o Câncer de Pulmão: tumor maligno que surge geralmente a partir de 25 anos após as primeiras exposições ao amianto, sendo que “o risco desse câncer parece restrito aos trabalhadores com evidência radiológica de asbestose” (ABRA, 1994, p. 24). “O tratamento é similar ao aplicado em outros tipos de câncer, ou seja, quimioterapia, radioterapia e remoção parcial ou total do pulmão, quando a cirurgia é indicada” (DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, *op. cit.*, p. 98-99).

(iii) as Doenças Pleurais: “placas, derrames, espessamentos de pleura e/ou diafragma. As doenças provocam falta de ar, cansaço, dores nas costas, resfriados recorrentes, tosse [...] com catarro” (DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, *op. cit.*, p. 99).

(iv) o Mesotelioma: “É uma forma muito rara de tumor maligno que se desenvolve no mesotélio, a membrana que envolve o pulmão (pleura) e o abdômen e seus órgãos (peritônio)” (ABRA, *op. cit.*, p. 24). Além disso,

Este tipo de tumor maligno leva o paciente à morte, no máximo, até dois anos após o diagnóstico. A doença pode aparecer até cinco décadas depois do primeiro contato com a fibra, acometendo também pessoas indiretamente expostas. Pode haver um longo período silencioso (“tempo de latência”), sem exposição, até que apareça essa doença [...]. Em alguns casos é indicada a cirurgia para remoção da pleura ou o emprego de terapias à base de radioterapia e quimioterápicos [...] para aumentar a sobrevida do paciente e reduzir os efeitos colaterais desses tratamentos (DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, *op. cit.*, p. 99).

Algumas pesquisas epidemiológicas apontam, também, que a contaminação pelo amianto pode provocar diferentes tipos de cânceres na laringe, na faringe, no esôfago, nos ovários, no pâncreas, nos rins e na bexiga, além de órgãos e regiões do sistema digestivo, tais como: estômago, fígado, intestinos, vesícula biliar e cólon-reto (cf. HAMMOND; SELIKOFF; SEIDMAN, 1979; CONFORTI; KANAREK; JACKSON; COOPER; MURCHIO, 1981; LANDRIGAN; NICHOLSON; SUZUKI; LADOU, 1999; DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010; WALDMAN, 2011). Nestes casos, não apenas as fibras inaladas pelo nariz e via oral, mas, também,

as ingeridas pela boca, através da água potável ou de alimentos contendo altas concentrações de fibras desse mineral, possuem efeitos carcinogênicos.

Por outro lado, as indústrias do amianto também se valem de estudos epidemiológicos feitos por instituições de pesquisa e cientistas de renome (nacional ou internacional), financiados muitas vezes por elas próprias, que buscam minimizar, ou mesmo negar, os riscos e os efeitos em longo prazo da contaminação de seus trabalhadores – e da população que vive próxima às minas ou que utiliza produtos compostos com asbesto – pelas fibras daquele mineral. A estratégia aqui é a de construir um conhecimento expert que coloque sob suspeita os resultados socioestatísticos que demonstram as altas taxas de adoecimento e morte pelo amianto ao redor do mundo, no presente momento e em estimativas futuras. No Brasil, especificamente, a Eternit e a S.A. Minerações Associadas fundamentam os seus argumentos em defesa do uso “controlado e seguro” do amianto crisotila em suas instalações (minas e fábricas), a partir desse conjunto de pesquisas, cujos dados e conclusões foram/são amplamente divulgados em documentos e informativos publicados pela antiga Associação Brasileira do Amianto<sup>11</sup> e, atualmente, pelo Instituto Brasileiro do Crisotila<sup>12</sup>.

De maneira geral, quatro conclusões são levantadas a partir da análise das evidências trazidas pelos pesquisadores desses estudos pró-amianto: (I) O amianto somente pode ser nocivo a um único órgão do corpo humano: os pulmões; (II) Os riscos de se contrair asbestose, câncer de pulmão e mesotelioma estão restritos apenas àqueles trabalhadores que não utilizaram os equipamentos de proteção individual (os EPIs)<sup>13</sup> de maneira adequada e que foram expostos, durante longos períodos, a altas concentrações de fibras respiráveis; (III) Os casos de adoecimento observados até o final da década de 1970, quando as condições de trabalho nas minas e fábricas ainda eram precárias, “estavam associados, principalmente, à exposição a anfibólios, como [a amosita e a crocidolita], que praticamente já não existem. [Pois, hoje,] quase todo o amianto consumido no mundo é crisotila” (ABRA, 1994, p. 22); (IV) O potencial de risco do crisotila é significativamente menor do que o dos anfibólios.

Neste momento é preciso tecer algumas considerações críticas, sob a luz do pensamento antropológico, quanto à centralidade dada pela epidemiologia às categorias biomédicas e probabilísticas seja na coleta de dados, em sua análise ou na produção de resultados. Meu objetivo não é negar a importância dessa ciência que

combina a clínica médica com a estatística. Precisamos também dela para poder contrapô-la a si mesma. Em outras palavras: se são os estudos epidemiológicos o meio utilizado pelos grupos pró-amianto para confirmarem a “baixa toxicidade” das poeiras do crisotila inaladas, quando em condições de uso “seguro e controlado” desse mineral e de seus produtos, será também a epidemiologia que nos mostrará que não apenas os amiantos anfibólios, mas, também, as fibras de crisotila são responsáveis por um aumento expressivo no número de casos de mortes associadas a cânceres nos sistemas respiratório e gastrointestinal.

Dado que meu trabalho apresenta, de certa maneira, uma interface entre o biológico, o social e o simbólico, para se pensar na relação entre a cultura e o adoecimento de (ex-) trabalhadores da mineradora de amianto SAMA, podemos aqui refletir sobre os possíveis pontos de contato e de afastamento entre a Antropologia e a Epidemiologia (cf. SEVALHO; CASTIEL, 1998; MENÉNDEZ, 1998; GRIMBERG, 1998). Para essa tarefa será necessário fazer um breve comentário sobre as múltiplas perspectivas que compreendem a doença e o processo do adoecer humano. Trago então três dos conceitos fundamentais discutidos pela antropologia médica norte-americana; a saber: *disease*, *illness* e *sickness*. Todos eles podem ser traduzidos para o português como doença. Porém, este único termo não é capaz de abarcar os diferentes significados que cada um daqueles conceitos pode conter em si.

*Disease* remete à doença como objeto de conhecimento do saber biomédico que, a partir de uma linguagem anatomofisiológica, a considera como sendo uma alteração na estrutura ou no funcionamento (biológico) de órgãos e sistemas corporais (cf. KLEINMAN, 1988; HELMAN, 2009; GOOD, 1977). Na perspectiva da prática médica, apreender uma *disease* é tomá-la como uma entidade física, material, na qual os planos existencial e social estariam relegados a um segundo plano (cf. LAPLANTINE, 2010). Já o conceito de *illness* faz referência às experiências subjetivas e multivocais dos sintomas das doenças e do sofrimento que elas provocam nas percepções do doente, de sua família e de sua rede de relações sociais mais amplas. Essas experiências incluem o monitoramento do próprio corpo, a construção de categorias, sistemas interpretativos e explicações (leigas) das doenças, os julgamentos pessoais sobre o modo como lidar com elas e a busca por tratamentos mais adequados à própria pessoa (cf. KLEINMAN, 1988; HELMAN, 2009; GOOD, 1977;



LAPLANTINE, op. cit.). Para que não se confundam esses dois primeiros conceitos com uma só tradução, daqui para frente vou me referir a *disease* como doença e a *illness* como enfermidade.

Finalmente, *sickness* será definido como:

[...] the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces. [...] the experience of disorder, seeing it as a reflection of political oppression, economic deprivation, and other social sources of human misery (KLEINMAN, op. cit., p. 6).

Portanto, sob o ponto de vista do conceito de *sickness*, podemos entender as DARs como doenças emblemáticas das desigualdades sociais diante a morte – como riscos “aceitáveis” e, mesmo, “necessários” para o pretense desenvolvimento industrial e econômico de um país. Desta maneira, é importante compreender as doenças asbesto-relacionadas a partir, também, das relações políticas e institucionais entre os ex-trabalhadores da SAMA adoecidos e os interesses financeiros da indústria do amianto.

Em sua busca por relações causais para a ocorrência de determinadas *diseases* – por meio de associações estatísticas –, a epidemiologia, enquanto uma disciplina do coletivo das populações humanas, privilegia as classificações médicas ocidentais e se baseia em estudos de base amostral e probabilística, em detrimento da singularidade das experiências dos indivíduos com suas enfermidades e dos contextos simbólicos nos quais elas se expressam através dos sintomas. Embora essa ciência se valha também de categorias socioeconômicas mensuráveis clássicas como sexo, idade, renda familiar, escolaridade etc., o epidemiologista produz suas informações através da desagregação de conjuntos e relações sociais em indivíduos – ou nos chamados agregados estatísticos (cf. MENÉNDEZ, 1998; GRIMBERG, 1998) –, e não em uma interpretação das narrativas sobre o processo do adoecimento, dirigidas ao nível do pessoal, “procurando se aprofundar nos elementos simbólicos contidos no discurso” (SEVALHO; CASTIEL, 1998, p. 57) e situar histórica, social e culturalmente os casos de doenças, assim como o faz o antropólogo<sup>14</sup>.

Para que os contatos entre a Antropologia e a Epidemiologia existam, é preciso que a última assuma que as representações da doença não se restringem apenas aos indicadores ditos objetivos, como os exames, relatórios e laudos médicos,

mas, também, “às práticas que a população produz e que não necessariamente são idênticas às suas representações” (MENÉNDEZ, *op. cit.*, p. 81). Por sua vez, essas práticas podem ser pensadas enquanto respostas “coletivas aos problemas de saúde e de vida. [Ou como] estratégias individuais e coletivas de proteção e de cuidado” (GRIMBERG, 1998, p. 102). Daí falar-se atualmente da construção teórica e metodológica de uma epidemiologia sociocultural ou uma etnoepidemiologia. É válido, enfim, observar a crítica de Grimberg (*op. cit.*, p. 99) de que não apenas a epidemiologia reificaria as *illness*, na tentativa de codificá-las e quantificá-las, como a própria antropologia – em um exercício de mero relativismo – pode correr o risco de reduzir as experiências interpessoais da enfermidade e da dor “a construção cultural, significante social ou metáfora, deixando fora da análise a ‘materialidade’ do sofrimento e as mudanças na subjetividade” (grifos no original).

A epidemiologia está no cerne dos conflitos de interesse surgidos no conluio econômico e político de uma ciência a serviço dos ganhos privados de grandes grupos industriais, com a cumplicidade do Estado (cf. THÉBAUD-MONY, 2014). É preciso falar aqui acerca desse conluio para se compreender os processos de invisibilização das doenças asbesto-relacionadas – enquanto uma *sickness* – no Brasil e, especificamente, os sofrimentos daqueles ex-trabalhadores da SAMA, em Minaçu, que não têm/tiveram suas doenças e, muito menos, as experiências de suas enfermidades oficialmente reconhecidas pelos médicos cujas atividades e/ou pesquisas estão, de alguma maneira, vinculadas à empresa mineradora. Para tanto, busco analisar em seguida o relacionamento entre aquelas três instâncias (ciência, indústria e Estado) através da construção de um paradigma da dúvida quanto aos riscos do amianto e seus efeitos sobre a saúde humana.

### **A ciência submissa: dissimulando os riscos das DARs**

A contaminação pelas fibras de amianto não se restringe apenas aos (ex-)trabalhadores da SAMA e de fábricas que o utilizam como parte de sua matéria-prima. A cadeia produtiva do amianto envolve uma diversidade de espaços (urbanos ou não), fora do ambiente da mina, e de materiais industrializados em cuja composição, variável conforme o produto, está o mineral. Na construção civil, por exemplo, o asbesto está presente em telhas onduladas, caixas d’água, tubos<sup>15</sup>, placas de revestimento, painéis divisórios e outros materiais de fibrocimento, cujo percentual de

amianto varia de 8% a 12% (cf. ABRA, 1994). Devido a sua resistência mecânica e térmica, e a sua capacidade de suportar as ações de agentes químicos, o amianto é utilizado em discos de embreagem, pastilhas e lonas de freio em carros, motocicletas, caminhões, tratores, trens e metrô. O amianto participa com 25% a 70% nesses materiais (ibid.). Por sua aplicabilidade como isolante térmico e elétrico, as fibras de amianto são usadas também na produção: de materiais têxteis como macacões, aventais e luvas; de biombos de proteção contra o fogo; de fornos, estufas, caldeiras e tubulações de transporte marítimo e aeronáutico, e de equipamentos diversos nas indústrias química e petrolífera (ibid.)<sup>16</sup>.

Apesar de a lei federal 9.055/95 determinar que:

Art. 5º - As empresas que manipularem ou utilizarem materiais contendo asbesto/amianto [...] enviarão, anualmente, ao Sistema Único de Saúde e aos sindicatos representativos dos trabalhadores uma listagem dos seus empregados, com indicação de setor, função, cargo, data de nascimento, de admissão e de avaliação médica periódica, acompanhada do diagnóstico resultante.

Parágrafo único. Todos os trabalhadores das empresas que lidam com o asbesto/amianto [...] serão registrados e acompanhados por serviços do Sistema Único de Saúde, devidamente qualificados para esse fim, sem prejuízo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde interna, de responsabilidade das empresas (BRASIL, 1995).

E da Portaria nº 1.851/2006 do Ministério da Saúde, em seu Art. 2º:

Determinar que todas as empresas, que desenvolvem ou desenvolveram atividades [de extração, industrialização, utilização, manipulação, comercialização, transporte e destinação final de resíduos], encaminhem anualmente ao órgão responsável pela gestão do SUS, em nível municipal ou, na sua ausência, ao órgão regional, listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto (BRASIL, 2006),

a experiência de muitos dos ex-empregados da SAMA/Eternit em Minaçu, mas, também, em outras cidades brasileiras<sup>17</sup>, adoecidos devido à inalação de fibras de amianto dispersas em seus antigos locais de trabalho, não é marcada por essas determinações jurídicas (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010; BARBOSA, 2013).

Inexiste hoje no Brasil qualquer tipo de plataforma de dados oficiais acerca de quantos trabalhadores adoeceram e/ou vieram a óbito por causa da contaminação pelo amianto (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, *op. cit.*; MONIZ; CASTRO; PERES, 2012; BARBOSA, *op. cit.*). Esse ocultamento de informações é, inclusive, sustentado por uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em Brasília, que “em dezembro de 2006 [...] suspendeu liminarmente a obrigatoriedade das empresas de cumprirem a determinação do Ministério da Saúde” (BARBOSA, 2013, p. 117-118), após mandado de segurança impetrado pela IMBRALIT – que, até 2011, era a quarta maior empresa brasileira de produtos de fibrocimento à base de amianto (telhas e caixas d’água). Essa decisão judicial – divulgada na própria página da IMBRALIT na internet – foi fundamentada numa justificativa exclusivamente econômica, e não de saúde pública e ocupacional.

[...] a portaria acaba por negligenciar o equilíbrio do mercado nacional de fibrocimento, na medida em que os preceitos nela contidos constituem grave fator de inibição das atividades econômicas desenvolvidas [...], circunstância que poderá refletir negativamente sobre o setor da construção civil, com graves prejuízos aos consumidores. Ante o exposto, defiro a medida liminar pleiteada para o fim de suspender os efeitos da portaria [...] (IMBRALIT, 2006, grifos meus).

Em junho de 1997, iniciou-se a execução do projeto de pesquisa interinstitucional Morbidade e Mortalidade entre Trabalhadores Expostos ao Asbesto na Atividade de Mineração: 1940-1996, coordenado por três pneumologistas e professores das faculdades de medicina das principais universidades paulistas: Ericson Bagatin (coordenador-geral/UNICAMP), Mário Terra Filho (USP) e Luiz Eduardo Nery (UNIFESP), além de contar com a colaboração científica de outros consultores da área de Saúde Ocupacional (docentes e pesquisadores) dessas mesmas universidades e de instituições internacionais<sup>18</sup>. O objetivo dessa investigação epidemiológica era identificar as taxas de eventuais agravos à saúde associados à contaminação pelo amianto entre 4.653 ex-funcionários da SAMA, expostos às fibras desse mineral em suas minas e usinas entre os anos de 1940 e 1996, por meio da avaliação de seus exames clínicos e testes de função pulmonar – como a espirometria<sup>19</sup> –, de suas tomografias computadorizadas e/ou de seus radiogramas de tórax. Da população total dessa amostra, havia “4.220 [casos] para morbidade e 433 para mortalidade” (IBC, s/d, p. 1). A metodologia do estudo incluiu, assim, funcionários que: (i) trabalharam

apenas na mina de São Félix, em Poções-BA, entre 1940 e 1967; (ii) trabalharam um tempo na Bahia e, a partir de 1967, na mina de Cana Brava, em Minaçu-GO, e (iii) trabalharam na SAMA, apenas em território goiano, até o ano de 1996 (cf. PROJETO ASBESTO-MINERAÇÃO, 2000; NORTE GOIANO EM DEBATE, 1998; DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010).

A partir dos resultados finais apresentados pelos pesquisadores em dezembro de 2000, destacam-se as suas seguintes conclusões (cf. IBC, s/d):

- Em relação à mortalidade, houve apenas dois casos de câncer de ex-funcionários, que eram tabagistas frequentes e acentuados, mas que não tinham asbestose associada à doença.
- Apenas um caso de mesotelioma de pleura foi detectado – a pessoa vitimada trabalhou na mina de Cana Brava e, também, na indústria de materiais de fibrocimento (telhas e caixas d'água) no Estado de São Paulo.
- Nenhum caso de mesotelioma foi encontrado entre aqueles que trabalharam, exclusivamente, na SAMA em Minaçu.
- “Após 1977, quando começou a ser implantado o controle de exposição [às fibras de amianto suspensas no ar] na Mina de [Cana Brava], 99,5% dos 1.400 trabalhadores examinados, apresentaram ausência de alterações pleuro-pulmonares. Dentre os trabalhadores admitidos desde 1981 até o encerramento das pesquisas [em 1996], foram examinadas 967 pessoas, [sendo que] 99,7% com ausência de alterações pleuro-pulmonares. Dos dois trabalhadores encontrados com placas pleurais, dois passaram a maior parte do tempo na indústria [de beneficiamento do amianto, e não na mina]” (ibid., p. 2).
- A morbidade decorrente das doenças asbestos-relacionadas na população do estudo é de apenas 2,5%.
- A baixíssima frequência de alterações pleuro-pulmonares entre os ex-trabalhadores da mina de Cana Brava, a partir da década de 1980 – quando o controle da exposição ocupacional às poeiras de amianto passou a ser mais rigoroso e a automatização de certas etapas do processo produtivo na SAMA passou a se tornar efetiva –, reflete a menor toxicidade do amianto crisotila, desde que utilizado em condições seguras e controladas.

Embora o coordenador-geral do estudo tenha indicado aos Comitês de Ética em Pesquisa daquelas três universidades, e aos CEPs do CNPq e da FAPESP, que o projeto contou em sua totalidade com o financiamento desta última instituição pública – que participou com cerca de R\$ 901.600 –, o Dossiê do Amianto no Brasil acabou por revelar que, para além desses valores, os pesquisadores omitiram os R\$ 976.000 recebidos do grupo SAMA/Eternit, via Instituto Brasileiro do Crisotila, chegando-se a um financiamento total de quase dois milhões de reais (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, op. cit., p. 194). Ou seja, a pesquisa epidemiológica contou com, aproximadamente, 48% de recursos públicos e 52% de recursos privados.

Trabalhos anteriores (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010; BARBOSA, 2013) revelam que mais de 3.500 acordos extrajudiciais foram celebrados entre a SAMA/Eternit e os seus ex-empregados com alguma doença asbesto-relacionada – contando aqueles que trabalharam não apenas nas minas, mas, também, em suas fábricas de produtos de fibrocimento à base de amianto. Esses acordos ocorrem na tentativa de a empresa impedir que seus trabalhadores entrem na justiça comum contra ela. Assim, o grupo SAMA/Eternit consegue manter em sigilo a quantidade oficial total de adoecidos pelo amianto, já que com os acordos, tal número fica indisponível ao Sistema Único de Saúde, ao Ministério do Trabalho e Emprego, e à Previdência Social. Como são realizados esses acordos?

De maneira geral, os ex-empregados com suspeita de asbestose, placas pleurais ou câncer de pulmão, por exemplo, são avaliados por uma junta médica escolhida e paga pela própria SAMA. Compõem essa junta os mesmos três médicos que coordenaram o projeto de pesquisa discutido anteriormente (cf. PROJETO ASBESTO-MINERAÇÃO, 2000). São eles os responsáveis pela avaliação de uma série de exames como radiografia do tórax, tomografia e testes de função respiratória dos ex-funcionários da mineradora. Tais exames são realizados periodicamente por esses trabalhadores – a pedido do médico do setor de Saúde do Trabalho da SAMA –, através de profissionais da saúde e de clínicas já pré-determinados pela empresa, nas cidades de Goiânia e/ou de São Paulo<sup>20</sup>. Os possíveis gastos com transporte, alimentação e hospedagem desses ex-colaboradores (e de seus acompanhantes, dependendo do caso) naquelas duas cidades são todos custeados pela SAMA. Eles também não pagam nada pelos exames, pois o seu custeamento é dever da mineradora e está previsto no Anexo 12 da Norma Regulamentadora nº 15 (NR-15) da

CLT, de 01 de maio de 1991<sup>21</sup>.

Uma vez realizados tais exames e constatada a presença de DARs (enquanto diseases), a junta estabelece a gravidade da incapacitação respiratória do paciente: sem disfunção, disfunção leve, moderada ou acentuada. Caso ele concorde em abrir mão de seus direitos de impetrar qualquer tipo de ação judicial por reparação de danos físicos e/ou morais contra a empresa – já que isso demanda a disponibilidade de tempo e, sobretudo, de recursos financeiros para os gastos com advogados e procedimentos jurídicos –, a SAMA pode lhe oferecer uma indenização direta cujo valor varia entre R\$5.000 e R\$15.000, conforme o estágio de sua doença, e/ou lhe é oferecido um plano de saúde particular para auxiliar o acompanhamento de seu quadro clínico e o tratamento correspondente. Os valores indenizatórios estão definidos “nas cláusulas 21<sup>a</sup>, 22<sup>a</sup> e 23<sup>a</sup> do Instrumento Particular de Transação, que é o acordo entre SAMA e os trabalhadores” (BARBOSA, 2013, p. 119). Porém, durante o trabalho de campo, eu entrevistei trabalhadores adoecidos que receberam compensações acima de 20.000 reais, mas, também, outros que, embora reconhecidos pela mineradora, não receberam qualquer quantia indenizatória.

Quem faz a mediação dos acordos extrajudiciais entre a mineradora e o (ex-) colaborador é o Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Extração de Minerais não-Metálicos, cuja sede está localizada próxima à residência onde morei, na Avenida Mato Grosso, no setor Central de Minaçu. De tempos em tempos, os pneumologistas da junta médica contratada pela SAMA ou, então, seus médicos auxiliares, vão a Minaçu e realizam nas dependências do próprio sindicato uma bateria de exames com os ex-funcionários suspeitos de ter alguma DAR, ou com aqueles cujos exames realizados a pedido da empresa já haviam constatado a presença de doença asbesto-relacionada.

Ao ex-trabalhador que procura os médicos a serviço da SAMA é negado o acesso aos exames e pareceres relatando clinicamente os seus resultados. Ele tem contato apenas com um laudo simplificado emitido e assinado pela junta, o qual, em muitos casos, não atesta qualquer tipo de presença de doenças asbesto-relacionadas – apesar de outros exames, solicitados por médicos particulares e realizados em clínicas independentes da mineradora, apontarem o aparecimento de nódulos calcificados ou fibrose nos pulmões, entre outros possíveis sinais das DARs. Nestas situações, todo o acompanhamento médico-hospitalar fica a encargo do próprio

paciente e de sua família.

Outro fator que contribui para o ocultamento do processo de enfermidade é o grande período de latência daquelas doenças. Isto é, em muitas circunstâncias o empregado que trabalhou na extração, ou no beneficiamento industrial, das fibras de amianto, somente apresentará algum sinal ou sintoma das DARs em um período de 20 a 50 anos depois das primeiras exposições às fibras respiráveis do asbesto. Daí a oportunidade da empresa alegar, em vários casos, que as doenças asbesto-relacionadas são decorrentes de motivos outros como o tabagismo – hábito este comum entre os trabalhadores do amianto (cf. WALDMAN, 2011; THÉBAUD-MONY, 2014).

É interessante destacar neste momento que em profissões nas quais os conceitos de risco e perigo fazem parte da constituição das identidades de seus trabalhadores, verifica-se a elaboração, através das chefias diretas e dos serviços médicos das empresas, de uma ideologia da culpabilização individual do sujeito adoecido ou acidentado e, por isso, afastado de modo temporário ou definitivo de seu próprio ofício (cf. NARDI, 2001). Trata-se aqui de estratégias discursivas, jurídicas e econômicas dos setores empresariais, mas, também, dos trabalhadores ativos – que legitimam e tornam efetivos os interesses da empresa, de maneira direta ou via sindicato –, postas em prática na tentativa de se estabelecer marcas de diferença “em relação àqueles que adoeceram e se acidentaram e, desta forma, [passarem] a negar o risco, o que permite que se continue atuando em profissão arriscada e perigosa” (ibid., p. 100).

Diante do que foi dito até agora, é possível compreender que o projeto coordenado e executado pelo pneumologista Ericson Bagatin e sua equipe apresenta duas graves falhas. A primeira, de cunho metodológico, coloca em dúvida a principal conclusão daquela pesquisa; a saber: que quase nenhum dos trabalhadores da SAMA, cujas atividades se iniciaram a partir dos anos 1980, – quando houve um controle progressivo da emissão de fibras respiráveis de crisotila, tanto nas atividades de extração do mineral quanto em seu processo de industrialização nas usinas da mineradora – veio a óbito ou agravou sua saúde em decorrência de DARs. O problema que se coloca então é o seguinte: devido à latência dessas doenças, não é possível verificar num prazo tão curto de quatro anos – entre 1997 e 2000, quando se iniciou a pesquisa e se publicou o seu relatório final, respectivamente – se os



funcionários, que começaram a trabalhar na empresa nas décadas de 1980 e 90 (até 1996), adoeceram ou não devido ao amianto. Em outras palavras: se, por ventura, os funcionários admitidos nesse período ficassem adoecidos, seus exames médicos só iriam revelar os sinais dessas doenças a partir dos anos 2000 – portanto, para além do recorte temporal proposto pelos pesquisadores na avaliação daqueles documentos clínicos.

A segunda falha, de cunho ético-moral, refere-se à conveniência dos resultados a que chegaram os pesquisadores em relação aos interesses políticos e econômicos da SAMA: o alegado ínfimo índice de morbidade e mortalidade entre trabalhadores expostos às fibras de crisotila na mina de Cana Brava, em Minaçu, vêm referendar e dar embasamento “científico” às decisões da junta médica ao emitir, em diversos casos de trabalhadores adoecidos pela contaminação ao amianto, laudos com a seguinte conclusão-padrão: Ausência de alterações pleuro-pulmonares por exposição ao asbesto.

Sabemos que o papel dos prestadores de serviços de saúde, oficiais ou informais, exercem uma grande influência sobre as diferentes concepções do adoecer (cf. OLIVEIRA, 2001), de maneira que termos e procedimentos médicos, diagnósticos e exames clínicos passam a ser apropriados e manipulados pelos sujeitos na percepção, identificação e expressão de suas possíveis enfermidades. A experiência da doença e a busca por tratamento e cura se constituem, assim, enquanto processos e trajetórias marcadas por incongruências, ambiguidades e indecisões (cf. ALVES; RABELO, 1998; WALDMAN, 2011).

Durante o meu trabalho de campo na cidade de Minaçu, eu me deparei com três casos que exemplificam essa situação. Neles, os trabalhadores adoecidos vieram à morte depois de anos de sofrimento pessoal e familiar provocado pelo surgimento de diferentes sinais e sintomas das DARs, tais como: uma acentuada e progressiva falta de ar; as fortes dores na região dos pulmões e nas pernas; o cansaço extenuante, que os impediam de caminhar mesmo em curtas distâncias e de executar atividades manuais por um médio e longo intervalo de tempo; e, por vezes, a eliminação de sangue pela boca. Nenhum deles teve o seu adoecimento reconhecido oficialmente pela junta médica contratada pela empresa mineradora. Suas dores privadas foram, assim, impedidas de se apresentarem como dores públicas (cf. HELMAN, 2003).

Os acordos extrajudiciais firmados entre a SAMA e os seus antigos colaboradores adoecidos pelo amianto, por intermédio do sindicato que deveria representar a categoria<sup>22</sup>, revelam os conflitos presentes na condição de vítima das fibras desse mineral. Se o trabalhador com doença asbesto-relacionada recebe uma indenização e/ou um plano de saúde por parte da SAMA, ele deixa de ser reconhecido oficialmente pelo SUS, pela Previdência Social e pelo Ministério do Trabalho e Emprego – portanto, ele deixa de ser uma vítima aos olhos do Estado que, por sua vez, não criará legislações mais efetivas que promovam a sua seguridade social, o banimento e a substituição progressiva do amianto por fibras alternativas. Porém, se esse trabalhador não recebe as medidas compensatórias da mineradora, se as narrativas de seu processo de enfermidade não são suficientes para provar e dar testemunho de seu sofrimento (cf. FASSIN; RECHTMAN, 2009) aos médicos a serviço da empresa, então resta a ele sucumbir de maneira silenciosa e anônima aos sintomas de sua doença – já que poucos acionam os mecanismos jurídicos comuns devido à falta de condições financeiras para arcar com os custos totais de um processo, e à baixa expectativa de receber, em vida, uma indenização justa.

### **Considerações finais**

Ao longo do artigo, eu me preocupei em discutir as doenças asbesto-relacionadas por meio de duas perspectivas: (I) Enquanto uma sickness que atinge, sobretudo, os trabalhadores operacionais da SAMA, em geral de baixa renda e que arcam com as consequências negativas da exposição ocupacional e/ou ambiental às fibras de amianto, produzidas pela maior fonte de renda e de empregos em Minaçu. A partir deste ponto de vista, as DARs foram aqui apresentadas como doenças decorrentes da própria atividade de mineração e industrialização do amianto, e que são identificadas e dissimuladas por todo um conjunto de interesses econômicos e políticos locais e regionais, que buscam legitimar as suas práticas por meio de um discurso que embasa “cientificamente” o acobertamento dos inúmeros casos de trabalhadores adoecidos pelo contato com as fibras de asbesto, ao longo de cinco décadas – de 1967, quando a SAMA iniciou suas atividades em território goiano, até 2016-2017, período em que desenvolvi meu trabalho de campo naquele município. (II) E enquanto diseases que, como vimos, afetam as estruturas e funções de órgãos e sistemas corporais. É a partir desta perspectiva biomédica que os pneumologistas a serviço da empresa mineradora atuam no sentido de manipular os resultados de

diferentes exames clínicos, tomográficos e radiológicos, que apontam os sinais de doenças como placas pleurais, asbestose, câncer de pulmão e mesotelioma, entre outras descritas anteriormente e que não se restringem apenas ao sistema respiratório.

Por outro lado, uma Antropologia Médica deve buscar também as respostas do trabalhador adoecido pelo amianto “ao fato de não estar bem; como ele e aqueles ao seu redor percebem a origem e o significado desse evento [e] como isso afeta seu comportamento ou relacionamento com outras pessoas” (HELMAN, 2009, p. 120; ver também LANGDON, 2009). Em outras palavras, é preciso se ater às variadas experiências individuais e sociais que o ex-funcionário da SAMA com um mal-estar está sujeito ao perceber, rotular, explicar e avaliar sua condição de saúde atual (cf. KLEINMAN, 1973 e 1988). Estaremos, portanto, no campo da doença vivida e narrada enquanto uma enfermidade (*illness*). Daí ser necessário levar-se em consideração todo um contexto de interações socioculturais – com a família, as redes de amizade, os vizinhos, os médicos e colegas de trabalho, por exemplo – que dão significados às DARs.

Uma questão pode ser daí levantada: quais são os diferentes modelos explicativos (cf. KLEINMAN, 1988) existentes dessas enfermidades, segundo os trabalhadores do amianto? Para conhecê-los é necessário identificar e analisar quais ideias e atitudes fundamentam cada um deles, segundo as narrativas de diferentes atores sociais envolvidos na definição ou contestação do que sejam as doenças asbesto-relacionadas, e conforme a configuração de um sistema cultural estabelecido em Minaçu. Dessa maneira, o trabalho etnográfico nos permite compreender a “relação entre os significados da experiência de mal-estar com o discurso cotidiano sobre as experiências sociais de sofrimento” (LANGDON, 2009, p. 115); ou seja, conhecer as redes semânticas (cf. GOOD, 1977), as práticas e os ritos que constituem o processo de adoecimento e, em alguns casos, de morte.

Uma articulação entre as dimensões socioculturais e subjetivas do processo de adoecimento nos leva aos estudos sobre sofrimento social, que acabam por mostrar todo um complexo vínculo entre condições de saúde e questões de poder político, econômico, institucional, moral e legal, capazes de infligir danos devastadores à experiência humana (cf. KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997; DAS, 2015). Problemas individuais e problemas coletivos passam a ser analisados inseparavelmente, de forma a revelar um conjunto de níveis interpessoais de sofrimento. Considerando-se

enfim o diagnóstico como uma construção coletiva, uma vez que é resultado de momentos dialógicos entre pessoas leigas e experts diversas, e as enfermidades como sendo subjetivamente e socialmente construídas, percebidas e legitimadas, sabe-se que a confirmação e a presença de pessoas adoecidas podem colocar em xeque todo um sistema cultural que sustenta uma realidade histórica, política e economicamente estabelecida (cf. DAS, 2015). Seria esse o caso da SAMA em Minaçu?

## Notas

1. “Asbesto e amianto são nomes comerciais de um grupo heterogêneo de minerais facilmente separáveis em fibras” (MENDES, 2001, p. 8, grifos do autor).
2. Com uma população de 31.154 habitantes, segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (cf. BARBOSA, 2013, p. 80).
3. As rochas amiantíferas se dividem em dois grupos: as serpentinas e os anfibólitos. As serpentinas têm como principal variedade a crisotila – também conhecida como “amianto branco” –, cujas fibras são curvas e sedosas, e que correspondem “a cerca de 98,5% do todo o amianto consumido no mundo” (ABRA, 1994, p. 9). Os anfibólitos são fibras retas e duras, dividindo-se “em cinco variedades principais: amosita (amianto marrom), crocidolita (amianto azul), antofilita, tremolita e actinolita” (ibid.). Muito utilizados na Itália, França, Inglaterra, África do Sul e Índia, por exemplo, até os anos 1970, hoje em dia os anfibólitos estão em desuso. Todo o amianto explorado na mina de Cana Brava, em Minaçu, é da variedade crisotila (cf. PAMPLONA, 2003).
4. Embora, segundo narrativas de moradores levantadas em meu trabalho de campo em Minaçu, já há uns três anos a produção e venda de fibras de amianto industrializadas pela SAMA vêm caindo significativamente, devido a uma forte retração das demandas comerciais pelo mineral em todo o território nacional. Além disso, tais narrativas revelam que, neste período, a empresa mineradora dispensou um grande número de funcionários. Os dados relativos às oscilações na produção, na venda e no número de empregos ligados a SAMA, entre 2013 e 2016, podem ser conferidos nos Relatórios de Desempenho do Setor Mineral em Goiás, do DNPM, e nos Relatórios de Sustentabilidade da SAMA – disponíveis, respectivamente, em: <<http://www.dnpm.gov.br/acervo/publicacoes>> e <<http://www.sama.com.br/pt>>, acessos em 27 e 28 de março de 2017. Por ora, destaco aqui um comentário feito por um funcionário na ativa da empresa, em um clube próximo a Minaçu: “O gerente da minha área me contou que, nessa crise, ela [a SAMA] consegue funcionar apenas por mais três anos”. Há toda uma apreensão, compartilhada coletivamente pelos moradores de Minaçu, em relação ao possível encerramento das atividades da mineradora no município.
5. “The scale of ARDs, the expected rise in numbers of sufferers and the enormity of the problem have led some researchers to refer to a ‘global asbestos epidemic’ [...]. To date, according to the International Ban Asbestos Secretariat (IBAS), a conservative estimate of work-related asbestos death is 100,000 people per year worldwide” (WALDMAN, 2011, p. 6).
6. De maneira a garantir a confidencialidade da identidade de meus interlocutores, todos os nomes de moradores de Minaçu, que aparecerão ao longo deste texto, serão fictícios.

7. Tais como: silicatos de cálcio; fibras de celulose, cerâmica, carbono ou vidro; polipropileno; polietileno; sílicas; fibras sintéticas de polipropileno (PP) e polivinil álcool (PVA).

8. “As indenizações na Justiça para ex-trabalhadores da indústria do amianto estão mais frequentes e mais altas. Neste mês, a Justiça do Rio mandou pagar R\$ 1,450 milhão à família de [M. L.], que morreu de asbestose em 2000. Em São Paulo, atualmente, mais de 300 ações individuais tramitam na Justiça contra a Eternit [...]” – matéria publicada em 20/05/2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/rio20/o-brasil-sem-amianto-indenizacoes-milionarias-4953058>>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

9. Em epidemiologia, a morbidade designa o número de casos de uma doença na população selecionada pela amostra, se apoiando tanto sobre a incidência – o número de novos casos diagnosticados durante o período considerado – quanto sobre a prevalência – ou seja, o número de casos, novos e passados, presentes naquela população (cf. THÉBAUD-MONY, 2014).

10. “Aqueles com diâmetro inferior a 3 micrômetros, comprimento maior ou igual a 5 micrômetros e relação entre comprimento e diâmetro igual ou superior a 3:1” (DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010, p. 673).

11. “A ABRA foi fundada em 2 de janeiro de 1984, com o objetivo de reunir empresas e entidades interessadas no estudo e no uso controlado da fibra do amianto. [...] o quadro social da entidade reúne mais de 60 associados, ligados às áreas de mineração, transporte, revenda, fornecimento, industrialização e transformação do amianto. Na qualidade de associados afiliados também integram a ABRA a Fundacentro – Fundação Jorge Duprat de Figueiredo, ligada à saúde e à higiene ocupacional, e o Instituto Brasileiro de Mineração (Ibram), que reúne a totalidade das empresas de mineração do país, e o Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT) [da Universidade de São Paulo]” (ABRA, 1994, p. 43).

12. O IBC foi fundado em outubro de 2002, sendo reconhecido como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em maio de 2003. É uma instituição tripartite formada por representantes dos governos federal (via Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM, ligado ao Ministério de Minas e Energia), estadual (Secretaria de Indústria e Comércio do Estado de Goiás - SIC) e municipal (Prefeitura de Minaçu), representantes dos trabalhadores do amianto (CNTA, FTIEG e STIE-BEMGOR) e do empresariado do setor (Eternit, SAMA, Casalit, Confibra, Infibra/Permatex, Isdralit, Multilit, Precon Industrial, Precon Goiás, Transportadora Rápido 900 e Transportadora São Expedito). Informações disponíveis em: <<http://www.ibcbrasil.org.br/home>>. Acesso em: 08 de abril de 2017.

13. Como máscaras, botas, luvas e uniformes, cujos usos são restritos ao ambiente fabril e da mina.

14. Em relação às consequências empíricas na composição de indicadores de morbidade e mortalidade, a partir das diferenças metodológicas de como o antropólogo e o epidemiologista coletam seus dados, Gil Sevalho e Luís David Castiel (op. cit., p. 57-58) fazem referência à pesquisa de Marilyn K. Nations (1986 *apud* SEVALHO; CASTIEL, 1998) no interior do Ceará. Através de entrevistas em profundidade com moradores locais, a autora se deparou com diferenças significativas em relação ao número de óbitos e de casos de diarreia em crianças, constantes em registros oficiais. Quanto aos óbitos, Nations percebeu que a subnotificação oficial estava relacionada ao fato de que os recém-nascidos – os “anjinhos” –, quando adoeciam e morriam, eram encaminhadas às “rezadeiras” e, depois, enterradas clandestinamente sem que suas mortes gerassem qualquer tipo de registro médico-hospitalar. Quanto ao adoecimento por diarreia, a autora também percebeu que vários casos não foram notificados porque a pesquisa epidemiológica não levou em conta as representações locais dessa *illness* – pensada pelos moradores como “quentura” no intestino, e não pela nomenclatura clínica de “diarreia”.

15. “[...] embora pouco utilizados no Brasil, [os tubos de cimento-amianto] têm extensa aplicação mundial no transporte de água potável, em sistemas de irrigação, drenagem e esgotos e, ainda, como dutos de ar condicionado, ventilação e condução de fios elétricos” (ABRA, *op. cit.*, p. 15).

16. Na forma de jateamento (spray) o amianto foi amplamente utilizado até a década de 1960, na América do Norte e na Europa, “como isolante térmico e elemento de proteção contra o fogo. Essa aplicação era feita por jateamento de fibras e pó de amianto em construções metálicas, como isolantes em prédios públicos e privados, caldeiras, geradores, vagões e cabines de navios e trens” (SCLAR, 2005, p. 42). Além disso, as “indústrias aeronáutica e aeroespacial têm no amianto um importante aliado para a confecção de placas e outros elementos de isolamento térmico. É aplicado em revestimentos de aviões supersônicos, mísseis, foguetes e naves espaciais” (ABRA, 1994, p. 17).

17. Como Bom Jesus da Serra e Simões Filho (na Bahia), Avaré, Itapira e Osasco (em São Paulo), e Jarumataia (em Alagoas) (cf. DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010).

18. Dentre elas podemos citar: a McGill University e a British Columbia University (localizadas em Montreal e em Vancouver, respectivamente, no Canadá), e o Imperial College of Science, Technology and Medicine (em Londres, Inglaterra). Cf. PROJETO ASBESTO-MINERAÇÃO (2000).

19. Também conhecida entre os entrevistados como: “cachorro cansado”.

20. Na cidade paulistana, muitos daqueles trabalhadores têm suas consultas e exames realizados no Hospital São Paulo, que é o hospital universitário da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP.

21. Nas cláusulas 18 e 19 do Anexo 12 da NR-15 está determinado que: “18. Todos os trabalhadores que desempenham ou tenham funções ligadas à exposição ocupacional ao asbesto serão submetidos a exames médicos [...], sendo que por ocasião da admissão, demissão e anualmente devem ser realizados, obrigatoriamente, exames complementares incluindo, além de avaliação clínica, teleradiografia do tórax e prova de função pulmonar (espirometria). [...] 18.2. As empresas ficam obrigadas a informar aos trabalhadores examinados, em formulário próprio, os resultados dos exames realizados. 19. Cabe ao empregador, após o término do contrato de trabalho envolvendo exposição ao asbesto, manter disponível a realização periódica de exames médicos de controle dos trabalhadores, durante 30 anos. 19.1. Estes exames deverão ser realizados com a seguinte periodicidade: a) a cada 3 anos para trabalhadores com período de exposição de 0 a 12 anos; b) a cada 2 anos par trabalhadores com período de exposição de 12 a 20 anos; c) anual para trabalhadores com período de exposição superior a 20 anos” (*apud* DOSSIÊ AMIANTO BRASIL, 2010, p. 674).

22. Mas que está diretamente atrelado aos interesses patronais, conforme revelam: DOSSIÊ AMIANTO BRASIL (2010), BARBOSA (2013) e as minhas próprias observações em campo.

## Referências

ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina (Orgs.). *Antropologia da Saúde – traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998.

BARBOSA, Fábio de M. T. Imperialismo e produção do espaço urbano: a indústria do amianto e a construção da cidade de Minaçu-GO. 2013. 234f. *Tese* (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-09042014-123754/pt-br.php>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

CAPELOZZI, Vera L. Asbesto, asbestose e câncer: critérios diagnósticos. *J. Pneumol.* 27(4) – jul-ago de 2001.

CASTRO, Hermano; GIANNASI, Fernanda; NOVELLO, Cyro. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva.* 8 (4): 903-911, 2003.

CONFORTI, Paul M.; KANAREK, Marty S.; JACKSON, Lorene A.; COOPER, Robert C.; MURCHIO, Jack C. Asbestos in drinking water and cancer in the San Francisco bay area. *J. Chron. Disease*, vol 34, p. 211-224, 1981.

DAS, Veena. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press, 2015.

DOSSIÊ AMIANTO BRASIL - Relatório do Grupo de Trabalho da Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável da Câmara dos Deputados destinado à análise das implicações do uso do amianto no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/769516.pdf>>. Acesso em: 02 de março de 2013.

FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. *The Empire of Trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2009.

FORNASARI FILHO, Nilton *et al.* *Controle de recuperação ambiental na Mina de Cana Brava*. São Paulo: Instituto de Pesquisas Tecnológicas, 2006.

GOOD, Byron J. *The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58, 1977.

GRIMBERG, Mabel. Relações entre epidemiologia e antropologia. In: ALVEZ, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (org.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Editora Relume

Dumará, 1998.

HAMMOND, C. E.; SELIKOFF, Irving J.; SEIDMAN, Herbert. Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 330, nº 1, p. 473-490, 1979.

HELMAN, Cecil G. Dor e Cultura. In: *Cultura, Saúde e Doença*. 4. ed. (reimpressão 2007). Porto Alegre: Artmed, 2003.

\_\_\_\_\_. Doença versus Enfermidade na Clínica Geral. *Campos*, 10(1): 119-128, 2009.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1973, vol. 12, p. 85-93.

\_\_\_\_\_. *The Illness Narratives: suffering, healing, and the human condition*. U.S.A.: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margaret. Introduction. In: *Social Suffering*. Berkeley: California University Press, 1997, p. ix-xxvii.

LANDRIGAN, Philip J.; NICHOLSON, William J.; SUZUKI, Yasunosuke; LADOU, Joseph. *The Hazards of Chrysotile Asbestos: a critical review*. *Industrial Health*, 37, p. 271-280, 1999.

LANGDON, Esther J. Comentários sobre “Doenças versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman. *Campos*, 10(1): 113-117, 2009.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. Trad. Valter Lellis Siqueira. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

MENDES, René. Asbesto (amianto) e doença: revisão do conhecimento científico e fundamentação para uma urgente mudança da atual política brasileira sobre a questão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):7-29, jan-fev, 2001.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização?. In: ALVEZ, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (org.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Editora Relume Dumará, 1998.

MONIZ, Marcela de Abreu; CASTRO, Hermano Albuquerque de; PERES, Frederico. Amianto, perigo e invisibilidade: percepção de riscos ambientais e à saúde de moradores do município de Bom Jesus da Serra/Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*.



17(2): 327-336, 2012.

NARDI, Henrique Caetano. O Ethos masculino e o Adoecimento relacionado ao Trabalho. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.) *Doença, Sofrimento e Perturbação – perspectivas etnográficas*. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

NATIONS, Marilyn. Epidemiological research on infectious disease: quantitative rigor or rigormortis? Insights from ethnomedicine. In: *Anthropology and medicine – interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford, eds.). Dordrecht/Boston/Lancaster/ Tokyo: D. Reidel Publishing C., 1986.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.) *Doença, Sofrimento e Perturbação – perspectivas etnográficas*. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PAMPLONA, Renato Ivo. *O amianto crisotila e a SAMA: 40 anos de história Minaçu-Goiás: da descoberta à tecnologia limpa: 1962-2002*. Minaçu, GO: R.I.Pamplona, 2003.

SCLIAR, Claudio. *Amianto: mineral mágico ou maldito?* – Ecologia humana e disputa político-econômica. Belo Horizonte: Novatus, 2005.

SEVALHO, Gil; CASTIEL, Luís David. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In: ALVEZ, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (org.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Editora Relume Dumará, 1998.

THÉBAUD-MONY, Annie. *La Science Asservie – santé publique: les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*. Paris: Éditions La Découverte, 2014.

WALDMAN, Linda. *The Politics of Asbestos: understandings of risk, disease and protest*. London, Washington-DC: Earthscan, 2011.

WUNSCH FILHO, V.; NEVES, H.; MONCAU, J. E. *Amianto no Brasil: conflitos científicos e econômicos*. Rev. Ass. Med. Brasil, 2001; 47(3): 259-61.

Fontes:

ABRA – Associação Brasileira do Amianto. O Amianto no Brasil. São Paulo: EBART Editora, 1994.

BRASIL (1995). Lei nº 9.055, de 01 de junho de 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9055.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9055.htm)>. Acesso em: 03 de agosto de 2015.

\_\_\_\_\_ (2006). Portaria nº 1.851, de 09 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1851\\_09\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1851_09_08_2006.html)>. Acesso em: 03 de agosto de 2015.

DNPM – Departamento Nacional de Produção Mineral. Desempenho do Setor Mineral em GO e DF (2009-2016). Disponível em: <<http://www.dnpm.gov.br/acervo/publicacoes>>. Acesso em: 28 de março de 2017.

IBC – Instituto Brasileiro do Crisotila. Informações recebidas sobre a única pesquisa do gênero específica para o amianto realizado no Brasil. Goiânia, s/d. Acesso em: 18 de maio de 2017.

IMB – Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Perfil Socioeconômico de Minaçu. Disponível em: <[http://www.imb.go.gov.br/perfilweb/Def\\_perfil\\_bde.asp](http://www.imb.go.gov.br/perfilweb/Def_perfil_bde.asp)>. Acesso em: 30 de março de 2017.

IMBRALIT (2006). Mandado de Segurança nº 12.459 – STJ - DF. Disponível em: <[http://www.imbralit.com.br/site/blocos/amianto/includes/mandado\\_de\\_seguranca\\_n\\_12459.pdf](http://www.imbralit.com.br/site/blocos/amianto/includes/mandado_de_seguranca_n_12459.pdf)>. Acesso em: 17 de agosto de 2015.

NORTE GOIANO EM DEBATE (Jornal). Universidades realizam pesquisa em Minaçu. Minaçu, 1998.

PROJETO ASBESTO-MINERAÇÃO. Relatório final do Projeto “Morbidade e Mortalidade entre Trabalhadores Expostos ao Asbesto na Atividade de Mineração: 1940-1996”. Campinas-SP, dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.ibcbrasil.org.br/midias/downloads/06-mineracao-cancer-pt.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

SAMA – S.A. Minerações Associadas. Relatório anual de Sustentabilidade (2008-2015). Disponível em: <<http://www.sama.com.br/pt>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

## **The chest full of dust: Illness and manipulation of asbestos-related diseases among asbestos workers in Minaçu (Goiás, Brazil)**

### **Abstract**

This article presents a discussion that problematizes the sickness and death of workers of the asbestos industry in Minaçu (Goiás, Brazil), from the concepts of disease, sickness and illness, widely discussed in the perspective of a Medical Anthropology. The conflicts of interest arising in the economic collusion of a medical science and practice in the service of those industries' private earnings will be analyzed and how this generates the manipulation of asbestos-related diseases (ARDs) and, mainly, the cover-up of workers affected by ARDs. The data presented here were obtained from ethnographic field research in the city of Minaçu, where former employees of S.A. MineraçõesAssociadas (SAMA), and/or their closest relatives, were interviewed. It is concluded here that an articulation between the concepts of sickness and disease immediately projects us to investigations on the dimension of the lived and narrated ailment as an illness, taking into account a context of sociocultural interactions that give meanings to ARDs.

**Keywords:** Asbestos, Asbestos-related diseases, Minaçu, SAMA.

Recebido em 27 de julho de 2017.  
Aceito em 25 de fevereiro de 2018.

## Biomedicina, gestão do tratamento e desencantos: experiências de mulheres soropositivas no Rio de Janeiro

Romário Vieira Nelvo

Mestrando em Antropologia Social

Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro

nelvo.romario@gmail.com

### RESUMO

Com o avanço das tecnologias biomédicas para o tratamento do HIV/Aids, a qualidade de vida tornou-se uma possibilidade vital para a pessoa portadora, contrariando o cenário da década de 1980, quando o diagnóstico era como uma sentença de morte. Por outro lado, tornar-se soropositivo requer mudanças numa série de hábitos cotidianos, os quais medicar-se diariamente é parte desse processo. Neste artigo, analiso os efeitos colaterais, sociais e subjetivos decorrentes da medicalização e gestão do tratamento em trajetórias sociais. Interessa aqui, o entrelaçamento entre histórias de vida e a materialidade e concretude das drogas farmacológicas. Para tanto, lanço mão da análise antropológica da trajetória de três mulheres e mães jovens soropositivas, oriundas das camadas populares da cidade do Rio de Janeiro. A partir de infraestruturas concretas de como as pessoas gestam o tratamento na tessitura de seus cotidianos, têm sido possível compreender ambiguidades e limites da biomedicina como cultura global, uma vez que os medicamentos para elas acarretam processos de significação da experiência, momentos de inflexão e sentimentos de prisão. Assim, suas experiências materializam os efeitos reais das tecnologias sobre efetuações de desencantos terapêuticos na gestão do tratamento de HIV/Aids, além de abrir margem para pensar a respeito dos medicamentos para além da chave analítica da liberdade e do encanto numa Cosmovisão ocidental.

**Palavras-chave:** Biomedicina, Tratamentos, Antropologia da Saúde, HIV/Aids, Medicamentos.

### Introdução

Neste artigo analiso os efeitos colaterais, sociais e subjetivos decorrentes da medicalização e gestão do tratamento, em trajetórias sociais vistas a partir do fluxo relacional da pessoa com os remédios (BIEHL, 2008, 2011). Ou seja, interesse-me pelo entrelaçamento entre histórias de vida com a materialidade e concretude das drogas farmacológicas, a fim de compreender experiências de significação da realidade, momentos de inflexão e dramatização

do cotidiano bem como as ambiguidades no conjunto de valores de *curas* e *encantos* dos medicamentos numa Cosmovisão ocidental (AZIZE, 2002, 2012; VAN DE GEEST e WHYTE, 2011; MANICA, 2012). Para tanto, lanço mão da análise antropológica das práticas cotidianas, com as quais três mulheres e mães jovens soropositivas, oriundas das camadas populares da cidade do Rio de Janeiro, defrontam-se com o uso de seus medicamentos diários – que aparecem contornados pelos sentimentos de *prisão* e *fardo* em suas trajetórias, e não como algo que as proporcionam *liberdade*.

A epidemia de Aids surgiu na década de 1980, causando fortes controvérsias às práticas e saberes biomédicos (VALLE, 2010). No decorrer de sua produção enquanto uma epidemia construída sob imagens do estigma e ideias corporais e simbólicas associadas à morte (SONTAG, 1989; DANIEL e PARKER, 1991; MONTEIRO et al., 2016), as respostas biomédicas são encaradas pelas pessoas, como Valle (2010) demonstra em sua análise, ora com desconfianças, ora como uma via coletiva, pessoal e, ao mesmo tempo, possível para a vitalidade. Segundo o autor, isso pode acarretar em escolhas, às vezes, de reprovação do tratamento convencional por formas alternativas, em decorrência de traumas, medos e estigmas advindos da imagem negativa da Aids. Por outro lado, o aumento da expectativa de vida, para a pessoa vivendo com HIV/Aids, é um marco importante das tecnologias médicas (VALLE, 2010; BIEHL, 2011).

A partir da vigência da Lei nº 9.313 do ano de 1996, em âmbito nacional, o Brasil passou a incorporar o tratamento antirretroviral de forma gratuita e universal em seu *Sistema Único de Saúde* (SUS). Mesmo que o tratamento já tenha tido um recorte de classe e raça, uma vez que, no início da epidemia, os popularmente conhecidos como *coquetéis* deveriam ser comprados e em preços demasiado altos. Com a distribuição gratuita em questão, há uma possibilidade concreta de qualidade de vida. Assim, como muito bem Valle (2010) e Biehl (2011) já haviam sugerido, os medicamentos inserem-se em uma cultura global do imaginário do *bem-estar* biomédico, para o HIV/Aids. Em meu estudo etnográfico, as substâncias medicamentosas, que as interlocutoras faziam uso, ocupavam lugares centrais em suas dinâmicas micropolíticas de parentesco, conjugalidades e, sobretudo, em momentos de inflexão durante a gestação, significação da realidade e nos atos diários, que reverberavam em uma série de dificuldades e limites das formas mais amplas dos processos biomédicos, além de facilitarem o processo de identificar seus lugares no mundo e suas condições e ações sociais da pessoa (NELVO, 2017).

Para a presente análise, empreendo os ensinamentos dos antropólogos Van der Geest

e Whyte (2011), para compreender acerca da importância de os medicamentos serem bons para pensar em antropologia. Segundo os autores, os medicamentos facilitam processos culturais e comunicam maneiras tais como os ocidentais os acionam por conta da leitura de seus *encantos e liberdade*. A concretude dos medicamentos permite tomar suas substâncias como formas de materializar e tangenciar a cura. Portanto, são circunscritos numa ordem social e cultural valorativa, nos quais os poderes disciplinar, biomédico e científico são operantes (FOUCAULT, 1987). Por outro lado, foi localizado nas narrativas das minhas interlocutoras um amplo processo relacional quanto à gestão cotidiana de seus tratamentos com medicamentos via oral, que penso ser possível que seja lido a partir da chave analítica, a princípio, não dos seus *encantos* – mesmo que a qualidade de vida e outras vantagens sejam relativizadas e valorizadas por elas – mas, sim, pela capacidade existencial, concreta e fenomenológica de gerar *desencantos* terapêuticos, os quais comunicam as ações sociais da pessoa. Desse modo, o que se espera mostrar ao longo deste artigo são exemplos empíricos e subjetivos da relação paradoxal da biomedicina como cultura global na tessitura das experiências terapêuticas (BIEHL, 2011).

Com os dados de campo em questão, espero contribuir para os estudos em Antropologia da Saúde. Campo que explora, entre outras coisas, formas de adoecimentos, tratamentos e curas (ALVES e RABELO, 1998). Fleischer e Ferreira (2014), ao formularem questões acerca da etnografia efetuada em serviços de saúde, argumentam que “não é possível padronizá-la, ao contrário, devemos aceitar o seu caráter inesperado, para que seus riscos e desafios possam sempre nos surpreender” (p. 13). Compreendo que, por um lado, minha pesquisa fala sobre práticas de saúde, contudo, por outro, não foi realizada junto às interlocutoras, em serviços de saúde. Todavia, creio que o que define as autoras nos serve para refletir sobre a validade das histórias que analiso como sendo capazes de revelar nuances e cálculos cotidianos acerca de processos de saúde/doença, mesmo que fora dos espaços hospitalares. No caso das interlocutoras, o caráter “inesperado” comunica uma cartografia humana, ou seja, zonas relacionais que tecem os seus cotidianos. O movimento que proponho é refletir sobre como as pessoas gestam o tratamento para uma infecção crônica tendo como base a análise dos medicamentos como tecnologias da biomedicina como cultura global (VALLE, 2010). Próximo do que fez Biehl (2006, 2011) em sua etnografia com sujeitos portadores de HIV/Aids no fim da década de 1990 e início dos anos 2000, espero mostrar que as formas de tratamentos terapêuticos para pessoas soropositivas inserem-se em fluxos dinâmicos de redefinição da vida. No caso da pesquisa supracitada de Biehl, o processo de saúde/doença e tratamento dos seus interlo-

cutores traz à tona um tipo de *bricolagem de vida*, pois “atravessando mundos de risco e escassez, limitadas sem serem totalmente sobredeterminadas, as pessoas criam pequenos e passageiros espaços, através e além de classificações e aparatos” (BIEHL, 2011, p. 271). A partir do meu estudo etnográfico, espero mostrar que não há uma naturalidade no processo do medicar-se. Há um encontro da pessoa com os medicamentos que traz muitas situações “inesperadas”, cujas interlocutoras lidam com elas lançando mão de processos de significação da realidade. São nesses atravessamentos de *bricolagem de vida* (BIEHL, 2011), que a etnografia em questão contribui para o campo antropológico da saúde.

Uma série de dificuldades, trocas constantes, efeitos colaterais manifestados no corpo durante a gestação, sentimentos de *prisão* e abandonos dos medicamentos foram identificados com as histórias das interlocutoras. O que, cada vez mais, tem me permitido sugerir outra leitura para o *encanto* dos medicamentos, a qual será central neste artigo, tecida por infraestruturas concretas de desencantos à luz das experiências das interlocutoras. Em outras palavras, o entendimento da prática diária da medicação, que acarreta uma mudança significativa para as pessoas soropositivas em seus processos de tornar-se soropositivo (VALLE, 2010), deve atentar, sugiro, para a conformação social e relacional das formas de conceber o *espírito humano*, o “eu”; a noção de pessoa (MAUSS, 2015). Não obstante, as relações familiares, os projetos de maternidade e a imagem associada aos medos e dificuldades quanto à condição de doença do HIV/Aids não são meros dados de campo, mas centrais para o presente movimento que analisará o encontro biográfico das pessoas com os remédios<sup>1</sup>. Assim, divido o artigo em quatro partes seguidas de uma consideração final.

Em um primeiro momento, visualizo o processo de construção da etnografia e os pressupostos ético-morais que a conforma. Posteriormente, falarei sobre as maneiras segundo as quais os medicamentos para as pessoas soropositivas são vistos como tecnologias biomédicas e científicas, apoiando-me sobretudo nos ensinamentos de Valle (2010). Assim, em um terceiro momento, abrirei margem, para refletir sobre os apontamentos teóricos ao que se propõe este estudo etnográfico em termos de uma antropologia da saúde, da pessoa e experiências de gestão de tratamentos terapêuticos (VALLE, 2010; BIEHL, 2011; BRUNER, 1986; RABELO et al., 1999; AURELIANO, 2012), e como os “limites” dos *encantos* dos medicamentos formam as ações sociais e a condição de pessoa e saúde delas. Por fim, apresentarei as narrativas das interlocutoras quanto aos medicamentos e as analisarei pela leitura da experiência, aludindo sua capacidade existencial de gerar *desencantos* terapêuticos – em oposição ao encanto tal qual eles são concebidos na Cosmóvisão ocidental (VAN DER GEEST



e WHYTE, 2011). Sugerindo, portanto, a articulação ambígua e paradoxal de que falava Valle (2010) sobre a biomedicina como cultura global e os contextos locais dos processos sociais. Aqui, aparecerão formas de significação da realidade, momentos de inflexão, sentimentos de fardo e *prisão* e dramatização dos seus atos quanto à gestão do tratamento, o que só foi possível porque os seus medicamentos estavam “menos em suas moléculas e naturezas, e mais em seus fluxos; mais em invenções do que descobertas; mais em usos, consumos, negociações, circulações, do que simplesmente prescrições” (AZIZE, 2012, p. 135).

### **A etnografia e o pressuposto ético-moral**

O trabalho de campo, que alicerça esta etnografia, foi inicialmente realizado no primeiro semestre do ano de 2016 e mais bem tecido nos meses de dezembro daquele ano e abril de 2017. A pesquisa enfocou nas trajetórias de Luana, Suelen e Luíza<sup>2</sup>. Elas tinham entre 20 e 25 anos, são moradoras da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, mães e portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A gravidez delas resulta de relações de namoro até então estáveis, entre quatro e seis anos de duração. Seus namoros vieram ao fim assim que seus filhos nasceram. Duas delas, Luana e Luíza, são soropositivas por meio de infecção vertical, quando, de forma resumida, a pessoa nasce com o vírus. A principal via de transmissão ocorre no momento do parto ou mesmo no pós-parto, por contatos com fluidos corporais, como o sangue e o leite materno. Das interlocutoras, Suelen foi a única que adquiriu o HIV por meio de relações sexuais desprotegidas. Quando a conheci, ela tinha o seu diagnóstico havia seis anos.

A pesquisa de campo começou quando visitei, durante cinco meses consecutivos, os encontros da *Rede* de pessoas que se autodenominam jovens vivendo e/ou convivendo com HIV/Aids do estado do Rio de Janeiro. O espaço é denominado por *Rede Jovem Rio +* e é comumente chamado de Rede pelas pessoas, organizado por sujeitos soropositivos desde o ano de 2009. Através do Renato, um dos membros da Rede, fui apresentado às interlocutoras desta etnografia. O estudo com as três contou com observação em campo, achados na internet sobre o assunto, conversas pelo aplicativo de mensagens instantâneas, *WhatsApp*, bem como entrevistas em profundidades com o gravador, sempre negociado<sup>3</sup>. Os encontros com todas deram-se, inicialmente, em locais abertos, como Shopping Center e praças de bairro. Posteriormente, fui convidado ao chá de bebê de uma delas, que estava no processo da segunda gestação e conheci a casa e a família de outra. Assim, essa pesquisa contou com o afincamento constante da construção de confiança, tanto no dia do primeiro encontro em que foram realizadas as entrevistas, quanto posteriormente, naqueles encontros não programados e nos

convites para conversas, seja sobre os temas da pesquisa, seja sobre quaisquer outros assuntos.

Com uma delas, Luíza, estabeleci um laço maior de amizade – o que ficará evidente nas considerações finais deste artigo. A proximidade física de nossas residências facilitou o deslocamento para os encontros durante o trabalho de campo naqueles meses e mesmo hoje em dia. Em suma, morávamos no mesmo bairro quando esta pesquisa foi construída. Como eu estava inserido numa *Rede* de jovens que vivem com HIV/Aids, isso me permitiu observar outros espaços tais quais eventualmente minhas interlocutoras circulavam, bem como compreender melhor o mundo social contemporâneo do HIV/Aids, sobretudo da conformação do jovem soropositivo (CUNHA, 2011). Também, compareci a eventos acadêmicos e jurídicos em âmbito nacional, mas com pressupostos universalizadores dos debates, cujos temas primordiais eram as discussões sobre direitos, discriminação e criminalização do HIV/Aids (Rio de Janeiro, Sede da Ordem dos Advogados em abril de 2016)<sup>4</sup>. Assim, essa circulação etnográfica possibilitou não somente conhecer outras pessoas soropositivas, mas também pesquisadores e profissionais de saúde. Neste sentido, acredito ser esta uma etnografia em movimento ou quem sabe multi-sited nos termos definidos por Marcus (1995).

Mesmo que a circulação para obtenção de informações seja parte da etnografia, até mesmo para as reflexões que foram geradas, optei por centrar em uma análise mais localizada nas pessoas. A intenção era compreender os temas que rodeavam os debates mais amplos sobre o HIV/Aids a partir de uma perspectiva que visasse contradições e histórias localizadas em três interlocutoras principais. Me apoio principalmente nas formulações de Abu-Lughod (1993) acerca do potencial que histórias de vida tecem narrativas sociais e, por vezes, contra culturais. Além do que, a distância fundadora da antropologia, o *nós* – entendido pelo pesquisador – e o *eles* – os informantes da cultura da qual falamos – bem como informantes do sexo e gênero masculinos, poderiam ser corroborados à luz das trajetórias das mulheres deste estudo. Dito isso, espero também com o trabalho etnográfico realizado com “algumas pessoas”, localizá-las a partir da perspectiva de Biehl em sua etnografia com uma “única pessoa”, para quem:

O trabalho empírico e longitudinal com uma única pessoa tem o potencial de revelar não apenas as nuances que informam a formação de famílias, comunidades e seus sistemas de valores, mas também o modo como estes encontram-se imbricados em processos macroestruturais. (BIEHL, 2008, p. 419)

Adotando tal maneira de etnografar uma única vida, o autor refletiu sobre a *farmaceutica-*

*lização* da saúde mental no Brasil e os seus efeitos colaterais, sociais e subjetivos que fez surgir a categoria social do “abandono” na trajetória de Catarina, tida como um caso de tratamento que não deu certo por sua “ex-família”. Abandonada à morte, como uma até então doente mental, a interlocutora do autor encontrou na escrita o potencial de criação e do desejo da experiência de vida. Baseando-se em Deleuze, e tomando o caso de Catarina em específico, Biehl afirma que:

Pesquisas etnográficas atentas a pessoas de carne e osso movimentam-se entre infraestruturas concretas e em tempo real, registrando as particularidades de cada situação. Indo além de pressupostos universalizadores, a etnografia pode trazer a público os cálculos e interações por meio, dos quais as possibilidades da vida são limitadas, além de iluminar rumos alternativos abertos por novos desejos. (BIEHL, 2008, p. 423).

Creio que com estes ensinamentos explicitados, seja possível aplicar a *reconocibilidad* ontológica da pessoa de que tanto fala Butler (2009). Para a autora:

Se o reconhecimento caracteriza um ato, uma prática, ou mesmo um cenário entre sujeitos, então, o “reconocibilidad” caracterizará as condições mais gerais, que preparam ou modelam um sujeito para o reconhecimento; os termos, as convenções e as normas gerais atuam a sua própria maneira, fazendo com que um ser humano se converta em um sujeito reconhecido, embora não sem falibilidade ou sem resultados antecipados. (BUTLER, 2009, p. 19, tradução minha).

Para o presente exercício de visibilizar as interlocutoras e seus fluxos relacionais na gestão de seus tratamentos com medicamentos, oriento-me na concepção da autora de vinculação ético-moral (BUTLER, 2009, 2011). A síntese crítica da autora, em total contexto midiático, que supostamente não nos permite estabelecer vinculação com o outro, é aquela, ao contrário, que nos liga eticamente à alteridade, entendendo esse *outro* como pessoa marcada por vidas precárias. Esse reconhecimento dá-se quando o cientista percebe a humanidade do interlocutor sob constante ameaça e reconhece o próprio *outro*, por sua vez, como pessoa. Dada essa capacidade de humanizar e/ou desumanizar a alteridade, o que percebi, a partir de Luana, Suelen e Luíza, foram constantes processos relacionais que ora vulnerabiliza a pessoa, ora faz emergir formas morais e emocionais de resistências e agências (ORTNER, 2007) – mesmo nas experiências qualificadas por elas como sendo fracassadas nos atos da medicação.

Para o que se segue, procurarei analisar antropologicamente os desencantos terapêuticos dessas mulheres, por contornos subjetivos de *precariedades*. Parece paradoxal que o reconhecimento ontológico delas como pessoas, por minha parte enquanto pesquisador, tenha

surgido das formas cotidianas de como gestam a terapêutica em suas vidas, de relatos nos quais elas justamente demonstravam não estarem bem quanto às substâncias medicamento-  
sas. Talvez, o processo de significação e o sentimento de *prisão* dos medicamentos como me-  
contaram, seja a concretude central para que eu pudesse estabelecer o reconhecimento de  
suas vidas, e essas narrativas de *desencantos* aqui em questão materializam suas *precariedades*.

### **Das tecnologias biomédicas às experiências de gestão do tratamento**

Valle (2010) discorreu acerca de a biomedicina desempenhar um elemento crucial nas  
práticas e ideias que as pessoas soropositivas têm sobre seus corpos. Segundo o autor, esse  
movimento borra as fronteiras de culturas nacionais e abre-se para um movimento mais glo-  
bal de cuidado e bem-estar. Em outras palavras, a testagem *anti-HIV* e a mudança numa série  
de hábitos de rotinização de exames e medicação para a gestão terapêutica é uma parte mais  
geral da *biologização do humano*, cujo centro da questão são valores e representações de saúde  
e doença à luz da biomedicina como uma cultura global. O tratamento para o HIV/Aids é  
uma tecnologia biomédica e, portanto, faz parte de uma cultura global de valores no campo  
da saúde (BIEHL, 2011).

Neste sentido, a análise antropológica deve atentar para quando o global encontra o  
local-pessoal. É assim que pode-se entender a testagem *anti-HIV* como “parte importante de  
uma complexa mediação entre formas diferentes de entendimento cultural de uma sociedade  
mais ampla e formas particulares de conhecimento sobre HIV/Aids” (VALLE, 2010, p. 39).  
Em seu estudo etnográfico, a fim de compreender o mundo social da Aids no Rio de Janeiro,  
o autor sugeriu que tornar-se *soropositivo* é uma articulação com um conjunto mais amplo de  
ideias, valores e representações (VALLE, 2002, 2010). As tecnologias biomédicas, como a tes-  
tagem, consultas periódicas, exames e tratamentos acabam tornando-se mediações centrais de  
um processo de construção identitária. Assim, haja vista uma série de etapas contínuas de ro-  
tinização e monitorização do corpo, pessoas soropositivas constroem-se em meio ao que ele  
denomina por *Identidades Clínicas*. É deste modo, que a categoria biomédica técnica, *soropositivo*,  
torna-se identidade social por meio das quais “pessoas e indivíduos seriam associados, classi-  
ficados e culturalmente representados” (VALLE, 2010, p. 40). Assim, ser *soropositivo* refere-se  
à construção particular de “categorias, imagens, representações culturais e discursos sobre a  
soropositividade, que têm sido produzidos por meio de uma combinação de forças sociais e  
culturais de origens e formação amplamente diferenciadas” (p. 40).

Se as tecnologias biomédicas ocidentais são fundamentais para o mundo social do

HIV/Aids, há modos particulares e contextualmente localizados de ordenação e reordenação da circulação desses saberes e valores. O próprio autor sinaliza a expectativa ambígua quanto às utilizações das tecnologias, que, por um lado, produz bem-estar e, por outro, traz ansiedades para cada exame periódico e eventuais estigmas advindos tanto da prática do medicamento em si, sobretudo, na esfera doméstica, quanto dos seus efeitos colaterais. É assim que a ordem da cultura global do HIV/Aids esbarra nos contextos locais e situa-se na tessitura do cotidiano das pessoas e nos modos como ordenam e gestam seus tratamentos. O tratamento diário é um dos processos da tecnologia biomédica e de cristalização social do tornar-se *soropositivo*. Ele acarreta aprendizados e adesão dos sentidos e experiência corporal. É um controle, como no caso das minhas interlocutoras, que se dá na vida cotidiana e no espaço doméstico. Como sinaliza Valle:

O processo de construir-se como pessoa soropositiva implica incorporar e aprender práticas terapêuticas de consumo sistemático e controlado de remédios, de leitura dos sintomas da doença e dos tratamentos sobre o corpo, dos procedimentos clínicos e tecnológicos de exames e terapias que devem ser efetuados regularmente [...] Acredito que a construção de uma pessoa soropositiva supõe, portanto, um processo de aprendizagem e educação dos sentidos e da experiência corporal, quando as mais diversas sensações (da dor ao prazer), acabam por ser reconsideradas a partir de uma nova perspectiva sobre si mesmo (VALLE, 2010, p. 43).

Tomar a testagem anti-HIV e um conjunto de aprendizados do tornar-se *soropositivo*, dos quais medicar-se é parte importante e integrante disso tudo, é uma interessante chave analítica para pensar na biomedicina e na ciência como uma prática de cultura global que é “reaprendida a partir das conexões e fluxos que se estabelecem tanto entre saberes e práticas globais como locais” (VALLE, 2010, p. 49). Ou, como tenho sugerido, em infraestruturas concretas na experiência social e relacional da tessitura do cotidiano das pessoas. É na forma como as interlocutoras gestam suas vidas no que tange ao tratamento para o HIV/Aids, que tem sido possível identificar aquilo de que falava Valle (2010) acerca dos limites da biomedicina como cultura global e tradição de conhecimento. Isso faz com que, mesmo havendo uma ampla circulação de valores, a cultura global das técnicas não seja homogênea, pois a ausência e/ou falta mostram a “ambiguidade de um mundo social extremamente heterogêneo, além de evidenciar as limitações da biomedicina” (p. 46).

Em meu estudo etnográfico, esses limites têm sido identificados sobretudo nas práticas cotidianas nas quais minhas interlocutoras gestam o tratamento para o HIV/Aids. A cir-

culação de saberes que aqui temos, são formas mais gerais de Cosmvisão ocidental. Assim, o encanto gerado pelos medicamentos, explicado pelos autores Van Der Geest e Whyte (2011), é parte da representação cultural da biomedicina e suas facetas para o bem-estar. Desse modo, o movimento adotado é ir desde as tecnologias biomédicas à experiência social e relacional da pessoa e à forma como o fluxo com os medicamentos acarreta uma série de processos de significação da existência e sentimentos de prisão em seus cotidianos de saúde e doença, que dramatizam e performatizam os atos de tomar remédio.

Os atos das interlocutoras não são experiências de fracassos do medicar-se, mesmo que assim elas qualifiquem, mas são ativações e efetuações do cotidiano sociorrelacional de uma vivência mais ampla com HIV/Aids. Com as interlocutoras tem sido possível perceber como a cultura global das tecnologias biomédicas é tecida no local e no cotidiano. Em suas atitudes ambíguas e paradoxais quanto aos medicamentos, essas substâncias apresentam concretudes que geram desencantos porque são experiências que vão continuamente na contramão de enxergar os medicamentos por sua capacidade libertadora, sobretudo porque eles criam os sentimentos de prisão e fardo. Para elas, as substâncias materializam efeitos colaterais, sociais e subjetivos (BIEHL, 2008), além de processos de memória, inflexões durante a gravidez e experiências de vivências da pessoa, o que faz do encontro biográfico<sup>5</sup> com os medicamentos em zonas que por vezes desconversam entre si (NELVO, 2017).

### **Narrativas, pessoa e ações sociais: alguns apontamentos sobre saúde, corpo e experiência**

Ressalto, por agora, que há uma articulação analítica e reflexiva empreendida, para refletir acerca das interlocutoras como agentes do social, bem como em suas dinâmicas de saúde, doença e pessoa, que creio somar às análises já discutidas sobre a cultura global da biomedicina, para que dê suporte ao que se segue. Langdon (1995) nos apresenta as bases históricas que fundamentam o campo da antropologia da saúde para compreender a doença para além de uma unidade biológica centrada na ideia de universalidade, como discorre a biomedicina, para pensá-la ora como um produto culturalmente localizado, ora como parte de dinâmicas, atos e significações que marcam a percepção e a ação das aflições. A dimensão tomada como questão para o debate seria a cultura como dinâmica e heterogênea, e a doença como processo e experiência. Nesta visão, surgida a partir da antropologia simbólica de Geertz (1978), a cultura estaria se dando na interação entre os atores, cujo sistema seria um tanto mais fluido e aberto. Para a autora, pensar a doença sob a perspectiva antropológica é ter em mente que

a sua interpretação faz parte de um processo acompanhado por uma gama de episódios, no qual o *drama social* mostra-se presente na experiência. Não é de todo desconsiderar os aspectos socioculturais. Pelo contrário, a *experiência* está sendo vista e entendida como processo subjetivo construído através de determinados contextos e validado pelos atores. Em outras palavras, a existência é mediada pelos outros, como uma espécie, segundo a autora, de não separação entre corpo/mente, herança cartesiana, que se expressa na dicotomia corpo/cultura.

Neste rol de discussão, é parte dos eventos das aflições o reconhecimento dos sintomas dos distúrbios, o diagnóstico e a escolha do tratamento e, por fim, a avaliação do tratamento. A doença aparece como um processo, e as experiências estão fazendo parte desde o seu início. Tomar este campo de reflexão mostra-se fundamental para as narrativas e as experiências sobre tratamento das interlocutoras da minha etnografia, pois suas trajetórias são marcadas por eventos e – como já mencionado –, longe de serem episódios históricos de um passado, nos informam sobre ações e relações sociais em seus relatos, que são constitutivos da noção de pessoa das interlocutoras. Para isso, concordo com Aureliano (2012), para quem as narrativas constituem a experiência das biografias de pessoas acometidas por diagnósticos de doenças. Em sua análise sobre diferentes espaços terapêuticos para tratar o câncer (grupos de ajuda mútua, hospitais e instituições terapêutico-religiosas), a autora nos permite pensar em como as biografias individuais emergem constantemente produzindo significados sobre a doença, seu tratamento e as ações concretas das pessoas nesse processo. Este movimento é importante para obter conhecimentos sobre as pessoas doentes que, entre outras questões, vão para além da dimensão estritamente biológica. Em um sentido próximo, Good (1994 *apud* AURELIANO, 2012) já havia afirmado que a narrativa seria importante para dar forma à experiência, e que é, também, um dos principais meios de conhecimento sobre uma doença.

Para Aureliano (2012) as narrativas não são apenas histórias que estão sendo contadas. Como contraponto a esta dimensão discursiva (até mesmo textual), as narrativas podem ser vistas como histórias construídas com dramaticidade em falas, gestos, atos. Em suma, elas nos comunicam a experiência da pessoa que em espaços terapêuticos pelos quais a autora realizou etnografias, está sendo negociada. Narrativas e ações estão sendo tomadas como constitutivas da biografia da pessoa doente. Seria o mesmo de dizer, portanto, que a narrativa não está afastada do campo relacional, onde as práticas e as situações sociais existem e são tecidas. A narração nesse sentido nos diz também sobre as ações sociais, a vida de determinadas pessoas e os desafios que lhes são cotidianos<sup>6</sup>.

Seguindo a linha fenomenológica, onde a experiência emerge como lócus privilegiado



de análise, Rabelo et al., (1999) postula que ter um corpo ou ser um corpo é estar situado. Portanto, pessoas corporificadas são seres em situação. Essa perspectiva não está preocupada, mais uma vez, em tomar o corpo e a cultura como afastados, mas, sim, próximo ao que foi salientado por Csordas (2008, p. 102) acerca do corpo como a “base existencial da cultura”. A abordagem da experiência permite reconhecer dimensões importantes para o tema das aflições e tratamentos em que as narrativas estão entrelaçadas com a ação, pois “constituem dimensões da vida” (RABELO et al., 1999, p. 20). Em uma passagem ainda mais ilustrativa:

A narrativa não é um artifício justaposto à experiência, um adorno ou complemento accidental. Boa parte dos analistas efetivamente enfatiza que a narrativa constitui o significado da experiência. Entretanto no seu entrelaçamento com a ação, ela “o faz no curso da vida mesmo, e não apenas depois do fato, nas mãos de autores, nas páginas de livros”. (RABELO et al., 1999, p. 20).

As trajetórias das interlocutoras aqui em questão comunicam eventos vividos, mas que são presentificados na “atmosfera da vida” – noção apropriada dos ensinamentos de Das (2011). As narrativas de Luana, Suelen e Luíza sobre aos fluxos relacionais quanto aos medicamentos fazem parte do processo de construção social da realidade terapêutica (AURELIANO, 2012). A construção do tempo narrativo das interlocutoras é constitutiva de ações e situações sociais que nos revelam aspectos de significação, formas de inflexão, sentimentos de prisão e atitudes dramáticas e performáticas, no cotidiano de suas vivências com os medicamentos. As narrativas das interlocutoras dramatizam essas vivências, tanto em seu passado com eventos disruptivos e devastadores da trajetória, quanto à dimensão cotidiana das relações atuais. Isso nos releva, portanto, o potencial das narrativas como parte da composição da pessoa, e como estão constantemente inscritas no plano relacional da experiência.

Aludida essas questões, são nas narrativas que elas construíram sobre os medicamentos, que pude perceber como os efeitos colaterais, as formas de significação da realidade, conformações do fardo e prisão e abandonos das substâncias, bem como as ambiguidades e “limites” do encanto dos medicamentos e da biomedicina como cultura global são vivenciados e expressos em contornos da experiência da pessoa. Para além de simples discursos sobre os medicamentos, suas narrativas falavam sobre a construção de suas realidades terapêuticas (AURELIANO, 2012) e, portanto, entrelaça-se com as ações sociais da pessoa. Neste sentido, as narrativas trazidas doravante estão comunicando os lugares sociais no mundo de Luana, Suelen e Luíza no qual os remédios ocupam um lugar central. Assim, acredito que o fluxo relacional da pessoa com os remédios em questão comunica acerca das dinâmicas do cotidia-



no e da ação humana, para o que se propõe, então, compreender infraestruturas concretas de experiências soropositivas junto às práticas da medicação diária, num tipo de bricolagem de vida (BIEHL, 2011). Nestas práticas, como tecerei adiante, há um sem número de desencantos por parte das interlocutoras na reunião não natural, mas, sim, relacional do encontro da pessoa com a biografia dos medicamentos (MANICA, 2012).

### **A pessoa e seus remédios**

As narrativas sobre a gestão do tratamento para o HIV/Aids é um tensor bastante significativo para o entendimento do que se propõe uma antropologia da experiência (BRUNER, 1986) de trajetórias sociais, sobretudo no que diz respeito aos cotidianos de saúde/doença e tratamentos (BIEHL, 2011). Para tal, faz-se importante tomá-las, no que se diz respeito às substâncias terapêuticas como constitutivas da ação social da pessoa e reveladoras sobre a infecção emergindo como um processo dinâmico e performativo da existência relacional (LANGDON, 1995) no qual as trajetórias se inscrevem em meio ao “drama social” das patologias. Em suma, é possível analisar a gestão do tratamento das interlocutoras a partir da concepção da doença como processo e experiência tal como discorreu a autora citada.

A partir do ano de 1996 o governo brasileiro implantou no SUS a Terapia de Alta Potência o que, entre outras coisas, possibilitou o aumento na qualidade de vida das pessoas infectadas por HIV/Aids (VALLE, 2010; BIEHL, 2011). Os antirretrovirais que foram contemplados com essa implantação apareceram nas narrativas de Luana, Suelen e Luíza como um dos processos formadores da condição da pessoa a partir do momento em que se “descobriram” com HIV/Aids. Para manter a doença em estágio controlado é preciso medicar-se diariamente. Em suas trajetórias há diferentes antirretrovirais, que por serem medicamentos, “são bons para pensar”, por sua concretude e seu encanto como apontado por Van der Geest e Whyte (2011), bem como a sua capacidade de circulação como coisas que possuem trajetória e vida social como postulado por Manica (2012). Durante a pesquisa de campo, os antirretrovirais tiveram efeitos diversos e adequados em diferentes contextos sociais no qual a experiência da pessoa portadora do HIV/Aids se concentra. Houve, por exemplo, trocas constantes dos mesmos<sup>7</sup>. O que ocorreu, ora devido a não adaptação, ora ao momento de suas gestações, já que todas faziam uso de um tipo de medicamento (Efavirenz) que não era compatível com a formação do feto.

Luíza foi a única das interlocutoras que relatou ter dificuldades de tomar os medicamentos em seu cotidiano, alegando, ainda, que necessitava de toda uma investida racional para

que o ato possa se concretizar para além das suas emoções. Esta última característica dela dificultaria o seu processo de tratamento. A relação que elas estabelece com os medicamentos é formador de suas subjetividades com HIV/Aids e pôde ser tecida por suas narrativas. Medicamentos saíram de cena e outros surgiram, ao passo que de alguns simplesmente não se “sabe” o nome, ou são todos chamados apenas de “remédios para tratar aquilo”<sup>8</sup>. Se os remédios circulam e carregam encantos em suas concretudes como afirmou Van Der Geest e Whyte (2011), condição que lhes garantem vida social (MANICA, 2012), nas narrativas desta etnografia houve um encontro entre duas trajetórias as quais gostaria de evidenciar: a das substâncias medicamentosas (antirretrovirais) com a das pessoas.

O primeiro medicamento que Luana começou a usar foi o Ritonavir. Ela se sentia um “botijão de gás” quando fazia uso dele, até que o alterou para o esquema de Biovir com Efavirenz. Contudo, ela acabou criando resistência a este último, devido às inúmeras vezes que abandonou o tratamento quando “já tinha consciência de que eram bons e importantes, mas ainda assim eu abandonava”. Depois desses dois medicamentos, ela veio a conhecer o “dois em um” (Tenofovir e Efavirenz) e o Kaletra, que a acompanhou durante o período de sua gestação, já que criou resistências ao Efavirenz. Essa última combinação foi a que ela utilizou durante a gestação de Léo, que segundo narrou, lhe causou muitos enjoos. Por fim, após todos esses nomes, à época da pesquisa de campo, ela fazia uso do “tradicional” 3x1 (Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz).

Nas narrativas das interlocutoras foi possível captar nuances que transformam os medicamentos “bons para pensar” em suas trajetórias, por dois motivos. Primeiro, o número demasiado elevado de trocas de antirretrovirais pelo qual passaram. Segundo, o fato de terem trocado de medicamentos durante a gestação. No caso de Luana, isso apareceu como algo que veio a acarretar enjoos e abandonos dos remédios por conta disso, o que lhe deixou com medo de transmitir o vírus HIV para o Léo quando este ainda estava em sua barriga.

Acabou que assim, durante o tempo que eu esperei o Léo eu tinha resistências ao Efavirenz e tive que trocar para o Kaletra e o dois em um. Mas nem foi uma resistência, assim, tanto que hoje eu tomo o Efavirenz sem problema algum, sabe? A grande questão com o Kaletra é que ele me deu muitos enjoos até pelo menos o sexto mês de gravidez e eu tomava e vomitava, tomava e vomitava. Pode-se dizer que eu fiquei durante esse tempo todo sem me tratar quando esperei ele (o Léo). Eu fiquei com medo, sabe? Medo de ele acabar nascendo com HIV por isso. Mas eram muitos fortes (os enjoos). (Luana, material de campo, janeiro de 2017).

Suelen também traz situações significativas de como os remédios “são bons para pensar”.

Faço o famoso “3 em 1”, Efavirenz, é esse aí pra quem conhece... Lamivudina e Tenofovir. Eu comecei acho que com o Atazanavir, um que vai na geladeira. Eu acho que é o único que vai na geladeira, só que eu não tenho certeza se é esse o nome. Passei também pelo Tenofovir e Lamivudina que vai com ele. Eu comecei com ele. Só que, um dos efeitos colaterais dele que eu tive, foi ficar com a palma da mão e os olhos muito amarelados. Aí logo eu conversei com a médica e pedi para trocar. Daí eu entrei para esse Efavirenz, que foi logo que surgiu, aliás, veio pro Brasil, na verdade. Aí eu entrei para o Efavirenz. Só que eu fiquei uns seis meses com o Efavirenz, eu engravidei. Aí eu fui pro Kaletra porque na época tinha aquela coisa que não podia tomar porque não tinha compatibilidade com o feto e podia causar má formação, era um esquema que não podia e tive que ir para o Kaletra. Aí eu tomava Kaletra com Lamivudina, eu acho. Que aí era de manhã e de noite. Fiquei só durante a gravidez. Quando a gravidez passou, eu voltei para o Efavirenz e agora como eu estou grávida de novo (risos)....Aí diz a médica que não precisa mais trocar. Eu não sei porque eu ainda vou pesquisar melhor sobre isso também. Mas elas dizem que não precisa, porque já saiu uma pesquisa que diz que o Efavirenz é da mesma família que o Kaletra, que esse negócio de má formação é tudo mentira, e até as pacientes que já tomavam algum, eles preferem não trocar para não ter resistência. Foi o que ela me explicou. Mas foi assim, uma consulta muito rápida, até porque eu só tive uma consulta pelo pré-natal. E, eu não passei por ela, foi meio que assim, da porta conversando, entendeu? Não entrei na sala e conversei com ela, eu perguntei porque eu fiquei na dúvida. Disse assim: “Ué, você não vai trocar o meu remédio?”. Aí ela falou que não precisa mais porque saiu uma nova pesquisa...Mas eu vou procurar me informar melhor sobre isso porque eu ainda nem me informei, mas ainda estou com o Efavirenz. Depois que eu tive a gravidez eu voltei pro Efavirenz e estou tomando ele até agora. Então na verdade eu já passei por três esquemas diferentes. (Suelen, material de campo, fevereiro de 2017).

Em ambas, Luana e Suelen, houve um momento de inflexão dos antirretrovirais devido a gravidez, quando faziam uso do Efavirenz e acabaram por trocar para o Kaletra. Isso é ainda mais ilustrativo na trajetória de Suelen, que àquela altura se via novamente grávida e se encontrava sem saber muito o que deveria fazer em relação ao seu atual esquema de tratamento. Van Der Geest e Whyte (2011) afirmam que os medicamentos aparecem como importantes para serem pensados em antropologia por produzirem efeitos na maneira como as pessoas se relacionam, já que eles facilitam processos simbólicos e sociais particulares de

enfermidade. Eles “são bons para pensar”, afirmam os autores, por conta de sua concretude e a objetificação de cura em sua composição. Eles trazem em seus encantos o potencial de libertação, até mesmo da figura do médico (pela possibilidade de automedicação), e intensificam a percepção da enfermidade como algo tangível. Na convivência com as interlocutoras, seja nas entrevistas, seja em outros contextos, foi possível perceber o quanto elas enxergam os remédios como importantes para seu estado de saúde e, eu diria, para mantê-las vivas a fim de poderem cuidar de seus filhos que precisam de sua presença. Aqui, porém, a concretude dos remédios não funciona como o encanto da cura da doença, mas como algo “necessário” para se viver e não ficar doente de Aids – este último estágio as demarcariam como pessoas efetivamente doentes, enquanto que ao fazerem uso de antirretrovirais diariamente lhes garantem o status de portadoras.

Ainda assim, é possível dizer que em suas narrativas há o potencial de encanto dos remédios como uma realidade, não porque isso as tiraria da vigilância de um médico, pois fica evidente no relato de Suelen que sua médica teve autoridade para trocar o seu esquema de tratamento na sua primeira gravidez, mas sim porque elas os enxergam como bons e essenciais para suas vidas. Em outras palavras, é sabido entre elas que o abandono do remédio trará complicações de saúde e esse é o encanto que teríamos aqui.

Nas narrativas sobre suas vivências com os medicamentos e as inflexões antes e durante a gravidez, podemos pensar em como suas materializações afetam as relações sociais e a experiência das pessoas. Luana e Suelen trocaram de antirretrovirais ao se encontrarem grávidas. A primeira acabou ficando meses sem conseguir medicar-se direito por conta dos enjoos que sentia, advindos da gravidez, quando fazia uso das substâncias. Suelen acabou trocando para o Efavirenz, pois o esquema anterior lhe causava efeitos colaterais.

Se os remédios promovem em sua concretude encantos, inclusive para as próprias interlocutoras como afirmei, eles também carregam momentos de desencantos durante a gestão terapêutica delas. Destaco os enjoos de Luana e os efeitos colaterais de Suelen como a corporificação dos seus desencantos, que de “substâncias libertadoras” tornam-se momentos limites em seu potencial de tangenciar a enfermidade, evidenciando o paradoxo das tecnologias terapêuticas da cultura biomédica para pessoas soropositivas. No caso de Luana, optar por não fazer uso dos medicamentos durante o período da gravidez, por conta dos inúmeros enjoos que estes causavam, parece-me estar de acordo com o que falava Valle (2010) acerca dos cálculos que as pessoas fazem para afinar a tecnologia biomédica aos interesses delas. Assim, é possível pensar nos “limites efetivos de incorporação das práticas biomédicas e, talvez,

uma apropriação parcial de acordo com intenções e propósitos que deveriam se afinar com outras questões, mais particulares” (p. 44).

Aureliano (2012) ao analisar o lugar dos medicamentos nas práticas terapêuticas em um hospital espírita voltado para atendimento de pessoas com câncer em Florianópolis (SC) trouxe interessantes contribuições para se pensar a materialidade dos medicamentos e a articulação com as curas espirituais. Resumidamente falando, no campo da autora os medicamentos funcionavam como formas de materializar a prática terapêutica. Contudo, as substâncias são a inscrição da lógica biomédica e não uma prática “fundamentalmente do espiritismo” – as aspas aqui já são para se pensar em como essa questão deve ser relativizada. Tal como a autora nos mostra, e ao apropriar o conceito de mimesis de Taussing (1993 Apud AURELIANO 2012) para efeitos de compreensão dessa prática entre elementos biomédicos e do espiritismo, ela destaca que os medicamentos vão receber os seus significados a depender do contexto. Nas palavras de Aureliano:

Os medicamentos utilizados no hospital espírita em questão podem ser pensados como formas de: Materializar a prática terapêutica espírita na qual geralmente é o invisível que age sobre o visível, a energia transforma a matéria e os espíritos operam os corpos vivos. Os remédios podem inverter essa relação sem alterar seus resultados, pois a separação entre o material e o imaterial no CAPC (Centro de Apoio ao Paciente com Câncer) seria uma forma de convenção utilizada para resguardar o lugar particular e político de sistemas terapêuticos que se pretendem distintos, mas que de fato não impede aos diferentes atores que fazem parte desse cenário construir e desfazer conexões. (AURELIANO, 2012, p. 276).

Valer-me de tudo isso é fundamental para o entendimento das narrativas das interlocutoras desta etnografia e como os encantos dos medicamentos precisam ser pensados no contexto das relações de suas experiências. Para efeitos de sua concretude e capacidade de circulação por serem coisas (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011), os antirretrovirais são apropriados e significados no contexto existencial no qual as trajetórias das interlocutoras se concentram e como elas os enxergam. Em outras palavras, tal como já formulado por Manica (2012), os medicamentos por serem coisas e circularem, são substâncias que têm vida social. Ou seja, têm determinado percurso biográfico, seja em sua formulação biomédica, seja na trajetória da pessoa que faz uso. Mas também têm vida, pois as narrativas sobre eles são aquelas existentes no social, o que permite pensá-los como modo de existência, agência. Para a autora, os medicamentos devem ser percebidos como “agentes definidores de determina-

das dinâmicas” (MANICA, 2012, p. 185). Em outras palavras, os medicamentos teriam uma trajetória biográfica própria. Concordo com Manica de que eles têm vida social e que definem determinadas dinâmicas.

Isso posto, penso que concentrar sua vida social nas narrativas de Luana, Suelen e Luíza como componentes de suas ações sociais e a forma como estes são significados em seus contextos, mostra-se fundamental. Até mesmo para concebê-los em sua vida social e as relações da existência que giram em seu em torno. Em outras palavras, é pensar que os medicamentos têm uma trajetória e que esta é dramatizada, alterada ou simplesmente levada em conta tal como os “manuais biomédicos” da cultura global para as técnicas de gestão do HIV/Aids o classificam, na biografia da pessoa que faz uso deles. Luíza apresentou-se como aquela entre as interlocutoras deste estudo que detém maior dificuldade com os antirretrovirais. Os medicamentos, pensados aqui no contexto de sua significação existencial, são tidos como agentes de difícil nomeação para ela.

Vários esquemas. Só não lembro o nome. Os nomes são muito difíceis. Kaletra, CD4, CD8. Muito complicado, mas já tive muitos esquemas, viu. Atualmente acho que faço uso do Kaletra, Tenofovir... Tem um que é dois em um. Tenofovir com alguma coisa e tal. É porque os nomes são complicados mesmo e eu sou horrível para gravar nomes... (Romário: Tenofovir e Lamivudina?). Isso. Isso daí mesmo, entendeu? (Risos). (Luíza, material de campo, março de 2017).

O fato de Luíza não conseguir nomear os medicamentos é revelador do quanto não há muito interesse de sua parte em tornar aquele ato (o de saber os nomes dos antirretrovirais “de cabeça”) uma coisa cotidiana. Isso se revela também por não saber ao menos o nome por completo dos medicamentos de que faz uso no tempo presente. Luíza afirmou que “os nomes são complicados mesmo”. Talvez, seja uma questão da complexidade da categoria biomédica. Mas me pareceu, ao longo de sua narrativa, que para ela os antirretrovirais “são todos muito parecidos”, ou, quem sabe, que todos são para a mesma função: “tratar aquilo”. Diferente das outras interlocutoras que se referiam a determinado medicamento e seus efeitos colaterais e o contexto concreto de suas experiências, Luíza os trata todos como “remédios”. Ou seja, enquanto Luana compreende os efeitos de “botijão de gás” com o Ritonavir, e dos enjoos causados pelo Kaletra, Luíza tem dificuldades de tomar os “remédios”, sejam estes Kaletra, Tenofovir, Lamivudina e entre outros – nomes que ela listou em seu relato. Enquanto Suelen reconhece que o Atazanavir vai na geladeira e que o Tenofovir e o Lamivudina a deixava com a palma da mão amarelada, Luíza considera o CD4 e o CD8 um tipo de remédio.

Esta última consideração também foi algo do campo relevante de ser destacado, pois os dois supostos antirretrovirais citados são na realidade exames de sangue específicos para o tipo de patologia em questão e não medicamento para ser ingerido pela via oral.

O que marca a narrativa de Luíza é a maneira como a medicação apareceu como um ato de dramatização, ao passo que estabelece relações entre as pessoas em seu cotidiano familiar, sob o horário e as táticas adotadas para fazer uso:

Agora, agora, agora umas semanas atrás eu estou indo mais pelo lado da razão do que da emoção. Porque se eu passei praticamente cinco anos indo pela emoção e me ferrei, entendeu? Hoje é tranquilo. Eu tô um pouco assim, né? Mas eu tô me cuidando. O Ruan não precisa, graças a deus, com ele ta super tranquilo mesmo. Pretendo ser melhor do que está sendo agora. De tomar os remédios todo dia sem ter nenhum problema. E tipo, uma coisa que você pode levar três minutos eu levo vinte minutos tomando o remédio. Eu fico bastante tempo na cozinha. Eu fico olhando pro remédio e fico imaginando ele descendo agarrando...nojo disso. A médica fala: “Toma com suco, alguma coisa”. Fui tomar com guaracamp quando era mais nova. Eu senti o remédio na minha garganta, me engasguei, o remédio saiu pelo nariz, já tem anos que eu não bebo guaracamp, se eu sentir o cheiro eu sinto o cheiro do remédio, foi bizarro. E tipo assim, eu quero chegar numa fase e falar assim: “Ah, tá na hora de tomar o remédio e ir lá e tomar tranquilo”. Mas não, se eu botar ele assim na minha mão [apontando para a mão direita] ou ver alguém tomando um remédio já me dá uma coisa, assim, que até quando eu namorava o Carlos, ele tomava remédio pra dor de cabeça, eu fazia ele escovar os dentes pra me beijar porque é um nojo horrível. Me dá até uma coisa aqui só de falar [...] Tem gente que diz que bebe até com cerveja. Eu mal consigo beber com água, quem dirá com cerveja. Não desce, não desce, não desce. Tem um amigo que engole com a banana. Se eu fizer isso eu nunca mais vou querer olhar pra banana. Eu tenho trauma de remédio. Se eu tiver que tomar, mesmo se for assim dipirona que você tem que tomar por sete dias, anti-inflamatório... São sete dias? Eu tomo três ou quatro e depois eu esqueço. Dipirona pra dor de cabeça eu durmo e só tomo de novo se eu acordar com dor de cabeça, aí eu tomo, fora isso eu fico com dor de cabeça tranquilo, não engulo remédio (risos). E eu quero cuidar mais disso, entendeu? Ver que o remédio não é um bicho. Minha mãe que arruma o meu remédio. Eu só pego nele assim rápido, faço menos barulho possível e coloco lá no armário porque se ficar na minha mão eu jogo fora. Tem que engolir rápido. E quando bate no dente então? Aff...Só de pensar que daqui a pouco tem que tomar, porque é na janta, dá até um negócio na boca com vontade de vomitar. Mas eu tenho que trabalhar isso e pensar: “porque isso não

pode acontecer e sim eu tenho que levar de boa, não vou vomitar, não vai bater no meu dente, não vai passar na garganta, encostar na garganta” Aí eu consigo tomar de boa. Acho que eu mesmo que aterrorizo o remédio, porque é tranquilo tomar um remédio, eu que não consigo. Sou muito louca. (Luíza, material de campo, março de 2017).

No estudo etnográfico realizado por Valle (2010) essa dinâmica da esfera do privado, das relações que se estabelecem em torno do tratamento, bem como as estratégias para ocultar os medicamentos e o estigma que eventualmente pode advir deles apareciam como uma cultura material da gestão do tratamento. No caso da interlocutora, suas estratégias estão comunicando um cotidiano relacional, no qual uma série de objetos, pessoas e situações aparecem entrecruzando suas atitudes diárias de não conseguir fazer o uso correto dos medicamentos. Enquanto Luana e Suelen ao se referirem aos antirretrovirais traziam em suas narrativas eventos de reflexão, de quando passaram a fazer uso de um ou mais medicamentos, os desafios, os muitos nomes, Luíza não fez menção a um evento em específico que fosse próximo das demais interlocutoras. Há passagens em sua narrativa, como o ato de não tomar mais Guaracamp porque se lembra do cheiro dos remédios, que pode ser entendido como um momento marcante. O diálogo de Luíza sobre o uso dos medicamentos não é tecido a partir de um evento como resistência imunológica, enjoos e partes do corpo amareladas, mas como uma composição total de sua materialização. Ou seja, ela traz as substâncias medicamentosas para o plano de sua ação social, mesclando sua narrativa com eventos do passado e dialogando com o tempo presente, até mesmo o tempo do presente etnográfico quando veio a mencionar que se mostrava aflita somente por saber que àquela hora – a que produziu o relato acima – aproximava-se de uma repetição daquele ato que, segundo mencionou, desperta nela uma sensação de “nojo”.

Apesar da recusa e asco em usar os medicamentos, Luiza afirmou que hoje estaria tudo mais “tranquilo”. Ela se referia ao fato de estar tentando restabelecer a prática cotidiana de tomar a medicação. É ilustrativo em seu relato trazido o esforço para melhorar ainda mais essa prática.

Fazer uso do medicamento é algo que Luíza reconhece que pode ser resolvido em poucos minutos, mas segundo contou, leva cerca de 20 minutos para tal. É preciso um forte engajamento emotivo para o ato de medicar-se. Ela fica muito tempo na cozinha (onde armazena e toma os medicamentos) tentando controlar as sensações que o uso do medicamento desperta, tal como imaginá-lo descendo e agarrando em sua garganta. Outro aspecto que também pode ser destacado como narrativas do tempo é a prática da comparação com



um futuro próximo e desejado quanto ao ato: “Ah, tá na hora de tomar o remédio e ir lá e tomar tranquilo”, é uma das situações hipotéticas do por vir desejada pela interlocutora. Neste ponto, é importante fazer uma alusão com os ensinamentos de Valle (2010), que ao valer-se dos escritos de Becker (1973), frisou que o processo de tornar-se soropositivo acarreta uma série de aprendizados para a pessoa. Tomar o medicamento no horário correto e diariamente, não esquecer e também dispor em locais refrigerados aqueles que houver necessidade, fazem parte dessas práticas. À luz dos relatos da interlocutora em questão é perceptível que estes aprendizados corroboram as expectativas das técnicas da biomedicina como cultura global, uma vez que Luíza traz situações que a afligem e são relatos não de liberdade em relação aos medicamentos, mas sim de momentos de intenso engajamento e dificuldade por parte da pessoa.

A dificuldade de Luíza em medicar-se não está descolada da sua dificuldade em reconhecer-se como portadora daquilo, para usar a expressão com a qual ela se refere ao HIV/Aids. Em suas narrativas sobre a “descoberta” do HIV/Aids<sup>9</sup>, ela iniciava fazendo menção ao fato de ter dificuldades de tomar remédio. Evidencia-se em sua fala os aspectos ligados à materialidade do medicamento, ao mencionar a sensação dele descendo pela garganta, por exemplo. Tomar o remédio é também a materialização que aquilo existe e é parte da pessoa. Ou seja, a concretude do medicamento é a atualização cotidiana da condição sorológica em sua vivência e, portanto, é uma significação existencial de seu processo de saúde e doença. O que não quer dizer que para Luana e Suelen isso também não apareça, contudo, o significado que os “remédios” recebem pela pessoa que faz o seu uso é a prova do quanto ele é interpretado de uma forma muito peculiar.

Isto chega ao ponto de que para qualquer outro tipo de remédio (analgésicos, por exemplo) a maneira como a sua experiência se dá com eles é a mesma, similar a sua reação para os medicamentos que são para tratar aquilo. A concretude com que compõe a substância como coisa não aparece aqui ligada à lógica da liberdade (para o uso do medicamento e sua manipulação), mas justamente como aquilo que a aprisiona, que faz o ato de medicar-se ser sentido como uma situação traumática. Ao lançar olhares para as experiências da interlocutora, há outras narrativas possíveis para conceber os medicamentos, que não por seus encantos, mas sim por formas concretas e existenciais de desencantos. A partir dos seus relatos eles aparecem como um fardo e a atualização diária de uma série de dificuldades que a mantém numa situação paradoxal quanto às tecnologias da cultura biomédica em sua gestão para o tratamento do HIV/Aids: por um lado, ela não consegue utilizar os medicamentos, e não

fazer o uso parece ser o caminho mais fácil e algum tipo de “alívio”. Por outro, isso acarreta danos para seu estado de saúde, podendo gerar enfraquecimento do Sistema Imunológico e em doenças oportunistas, podendo, inclusive, chegar ao estágio de Aids.

O que é interessante na narrativa de Luíza, é que, por um lado, ela contrapõe o que foi proposto por Van Der Geest e Whyte (2011) e permite repensar as noções de liberdade e de concretude do medicamento visto a partir do seu encanto. Contudo, por outro lado, no desafio com o qual as narrativas são tecidas, podemos perceber que a interlocutora reconhece ser esse o melhor caminho a ser seguido e que, entre outras coisas, ela precisa melhorar essa situação de dificuldade cotidiana. Desta forma, mesmo que a materialidade dos antirretrovirais seja vista com desencanto – não à toa é a noção central para este artigo – na experiência concreta e existencial da pessoa, no plano ideal de seus desejos, ela é vista como algo necessário, pois parece ser importante para controlar sua enfermidade.

Outra situação social que ainda merece ser destacada em Luíza é a composição física do cenário e a quantidade de atores que mobiliza, pensando aqui na ideia da cultura material na organização da gestão do tratamento (VALLE, 2010). É a mãe quem arruma os seus remédios, ao passo que ela os pega rápido e sem fazer barulho. Depois do ato concluído, ela os devolve para o armário. Caso isso não ocorra, o que Luíza nos conta é que possivelmente virá a se desfazer dos remédios, em outras palavras, os jogará fora. Essa composição do ato da medicação mostra-se relevante para se pensar em como nesses atos diários, em casos de doenças crônicas, são estabelecidas relações sociais, mesmo em uma situação supostamente individual. Afinal, é apenas Luíza que engole os seus remédios. Em outras palavras, a composição física e a mobilização dos atores em torno dos medicamentos de Luíza fazem parte do fluxo relacional de gestão do tratamento.

Luíza afirma também que atualmente estaria indo mais pelo lado da *razão* do que da *emoção*<sup>10</sup>. Para ela, agir pela emoção seria prejudicial para si, fazendo com que viesse a não conseguir engolir os remédios que lhes são essenciais e necessários, ou mesmo jogá-los fora. Aqui, utilizar da emoção em um tipo de tratamento como este em que se espera controlar aquilo é um dos fatores que dificultam o seu processo. Modo análogo ao que foi discutido por Aureliano (2014) no tratamento com curas espirituais para o câncer, no qual as emoções são ora as explicações para a doença, ora fatores diversos que dificultam à terapêutica. Contudo, no campo da autora, as emoções ainda apareciam com o seu potencial de engajamento com o hospital em questão, o que era valorizado para se ter adesão dos pacientes ao tratamento, pois os impactos emocionais são capazes de mobilizar as pessoas para a ação

e o engajamento na cura (AURELIANO, 2014, p. 72). Ainda que Luíza tome a investida da razão como o que desmistificaria o “remédio como um bicho”, o que destaco de suas dramatizações e as atitudes de dificuldades na gestão do tratamento é justamente um engajamento emocional para a realização dos atos do medicar-se, inclusive ações tidas como de sucesso, quando mesmo com o tempo demasiado elevado do processo de medicação ela consegue desenrolar a situação. Neste sentido, ela afirma: “mas eu tenho que trabalhar isso e pensar: ‘porque isso não pode acontecer e sim, eu tenho que levar de boa, não vou vomitar, não vai bater no meu dente, não vai passar na garganta, encostar na garganta’. Aí eu consigo tomar de boa”.

Dessa forma, pode-se afirmar que viver com aquilo, e lidar com os seus desafios constantes é também produzir um tipo muito peculiar de engajamento emocional que aqui apareceu na forma como a interlocutora faz e lê a gestão terapêutica para o HIV/Aids em seu processo de significação existencial. Ora como o que supostamente dificultaria o seu processo, ora com as dramatizações para efeitos de realizações. Dramatizações estas que aparecem no espaço físico, nas relações estabelecidas com as pessoas do lar, na maneira como se pensa minutos antes do ato de tomar o remédio – ele não vai “bater na garganta” –, e, por fim, de ser potencializado nas ações de reflexão, de um trabalho até mesmo “pré-terapêutico” de conversão da ideia tida do ato em si – como o trecho acima destacado, já que Luíza conversa com ela mesma durante muito tempo antes de tentar engolir seus remédios.

Por fim, penso que as tensões e ambiguidades paradoxais das tecnologias da biomedicina como cultura global no caso de Luíza, expressas na infraestrutura concreta de sua gestão terapêutica, que pode ser abstraída para a vivência com aquilo como um todo, é a materialização do quanto sua trajetória é marcada por uma dinâmica que transforma o HIV/Aids, em sua imensidão de dificuldades, em parte da composição de sua existência social.

Considerar os desafios que tornam os cotidianos dessas pessoas precários (BUTLER, 2009, 2011), com as inúmeras trocas de antirretrovirais, advindas de inflexões manifestadas no corpo e as dramatizações de desencantos e sentimentos de prisão na prática terapêutica, requer reconhecer que são partes de agenciamentos, resistências ou escolhas, que trazem novos contornos para suas biografias. Entre esses contornos inscreve-se o reconhecimento de que são processos sociais, que o sofrimento é até mesmo uma realidade diária – como Luíza muito bem evidencia em seus relatos – mas que há um engajamento por detrás de suas narrativas; até mesmo no que se refere ao ato de contar sua história para uma outra pessoa, como foi comigo, um pesquisador tentado a ouvi-las.

Então, as pessoas precisam falar mais sobre isso e falar as coisas que estão presas dentro delas porque eu fiquei dois anos sufocada com o sentimento preso de rancor, ódio, desprezo, raiva, e quando eu me explodi eu falei: “Não aguento mais”. Se eu tivesse conversado com alguém antes, ou tivesse ouvido alguém que passou pela minha vida eu não teria passado por isso e sofrido também. (Luíza, material de campo, março de 2017).

### **Considerações finais: é só não desistir de mim!**

Ao longo deste artigo, procurei refletir acerca da prática cotidiana da gestão do tratamento terapêutico efetuado por três jovens mulheres e mães jovens soropositivas, de camadas populares da cidade do Rio de Janeiro. Os medicamentos de que elas faziam uso ao longo da pesquisa de campo ocupavam lugares centrais em suas trajetórias e facilitavam uma série de processos sociais, cujo ato do medicar-se aparecia como um fluxo relacional. Minha intenção foi perceber quais são os embates advindos destas práticas e como os medicamentos resultam em momentos de inflexões, processos de significação existencial e sentimentos de prisão por parte das interlocutoras. Desse modo, partindo-se das práticas das interlocutoras é possível compreender os efeitos ambíguos e paradoxais das técnicas biomédicas como cultura global para o HIV/Aids. À luz dos relatos trazidos, pude analisar a forma como gestam o tratamento a partir dos “limites da biomedicina como cultura global e tradição de conhecimento” (VALLE, 2010, p. 46).

Esse movimento pôde ocorrer porque parti de infraestruturas concretas na tessitura do cotidiano das pessoas quanto à gestão terapêutica para o HIV/Aids. Dentre esses “limites” encontrou-se outras narrativas possíveis para o encanto e à liberdade advindas da concretude dos medicamentos numa Cosmovisão ocidental (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011). Ao valer-se da precariedade de vidas humanas e dos efeitos reais que os medicamentos, sejam em inflexões expressas no corpo, sejam em sentimentos de prisão que eles geram, as interlocutoras corroboram essas formas analíticas nas quais os medicamentos são vistos. Para além de as encantarem, a gestão de seus tratamentos materializa desencantos terapêuticos.

Mais do que repetir tudo o que foi dito ao longo do artigo, penso que essa guisa de conclusão pode ainda ser um espaço de reflexão quanto ao tempo presente das interlocutoras. A frase que aludo como título destas considerações finais é de Luíza e ela foi dita quando eu estava dedicado à escrita deste texto. Como o de costume, trocamos diálogos esporadicamente e em uma de nossas conversas por rede virtual ela mencionou que desejava me contar algo que a estava deixando muito triste e pensativa. Luíza relatou estar sendo uma fase difícil

de sua vida. Encontra-se desempregada, seu filho está crescendo e é mãe solteira. Uma amiga que considerava muito em sua rede de relações de amizade procurou uma terceira pessoa para saber o porquê de ela postar inúmeras mensagens de morte em seu Facebook. Sua condição sorológica foi então revelada nessa ocasião.

Segundo me contou, o pai de Ruan foi procurado e confirmou toda a situação e disse, inclusive, que não a deixava quando namoravam porque tinha medo de que ela acabasse por suicidar-se. Se até aí o que a interlocutora me contava já era de todo algo demasiado sério, ela ainda veio a dizer que desde quando me deu a primeira entrevista para esta etnografia jamais retornou a fazer uso de seus remédios. Fiquei muito preocupado com isso e quis saber um pouco mais de suas dificuldades, que de certa forma estavam para além do tempo das narrativas do campo etnográfico que alicerçou este artigo.

Parte dos eventos dramáticos atuais de sua condição que foi relevada para outras pessoas é um dos motivos pelos quais não consegue mais medicar-se. A outra parte é porque ela mesma não consegue, por tudo o que foi mostrado nesse texto, fazer uso das substâncias. Luíza pediu-me para ficar em “seu pé”, apenas alertando sobre a importância de tomar os remédios todos os dias, pois as pessoas já desistiram dela. Ela então me fez um pedido: É só não desistir de mim! Desde aquele dia pergunto a ela algumas vezes durante a semana sobre sua medicação. Mesmo que eu a indague e não tenha desistido dela, como de sua vontade, seu uso ainda não é regular.

Para efeitos conclusivos, todo esse enredo de sua vida no tempo atual em que eu mesmo acabo de certa forma participando de sua temporalidade na gestão do seu tratamento, é a materialização do quanto os relatos tecidos neste artigo são partes das ações sociais das interlocutoras e constroem seus lugares no mundo.

Destaco que ao lidar com pessoas e levar em conta suas práticas terapêuticas cotidianas essa etnografia estará sempre em movimento e construção. Aludo isso porque suas experiências também estão e mesmo que aqui eu tenha visibilizado os relatos tecidos no presente etnográfico reconsiderá-los é um compromisso da análise antropológica. Assim, é possível estar atento aos cálculos e redefinições do cotidiano das interlocutoras fazendo com que suas existências não sejam esquecidas. Por agora, espero que essas trajetórias contribuam para os estudos sobre antropologia da saúde e experiência de adoecimentos, e especificamente neste texto, em como o encontro da biografia da pessoa com a dos remédios é uma zona relacional que merece atenção. No presente fluxo, se entrecruzam desejos e fracassos, liberdades e prisões, encantos e desencantos, fardos e resistências. Assim, são vidas em constante disputa

social, circunscritas em precariedades que requer o objetivo mesmo da etnografia: o da reconhecibilidade ontológica dessas interlocutoras como pessoas e agentes do social (BUTLER, 2009).

## Notas

1. Por conta dos limites temáticos do artigo, não aprofundi o detalhamento da vida das interlocutoras, limitando-me somente em como os medicamentos são por elas experienciados. Eventualmente, pontuei outros fatores no decorrer do artigo que articule com a leitura dos medicamentos. Sugiro que os remédios devem estar inseridos em uma ampla gama relacional na qual estão inseridas (gênero, família, conjugualidades etc.). Friso que por vezes irei me valer da categoria “remédio” porque foi a maneira como corriqueiramente elas se referiam. Assim, “remédio” é uma categoria nativa. Maiores detalhes sobre elas poderão ser acessados na minha etnografia intitulada. “Tecendo Narrativas e Emoções: Uma etnografia sobre trajetórias de mulheres com HIV/Aids” (NELVO, 2017).
2. Um dos nomes das interlocutoras é verdadeiro, pois foi um pedido da mesma à ocasião da pesquisa de campo. Os nomes das demais são fictícios e de escolhas exclusivamente minhas.
3. As entrevistas duraram em média de quatro a seis horas.
4. Essas oportunidades me fizeram empreender outro estudo etnográfico, cujo foco principal recaiu sobre a análise antropológica de “casos jurídicos de transmissão do HIV”. A partir das discussões tecidas nos referidos movimentos etnográficos, obtive informações acerca destes casos e procurei adentrar os documentos burocráticos junto à justiça brasileira. O que concluiu-se é que há uma espécie de “enredo das condenações” de pessoas soropositivas, na qual sexualidade, responsabilidade e risco acionam-se como marcadores da diferença no âmbito jurídico destas condenações, que permite abrir um leque de moralidades sociais existentes (NELVO, 2017).
5. Um dos apontamentos teóricos para tomar os medicamentos por sua capacidade de gerar encantos, tais quais empreendo aqui, é tomá-lo como tendo biografia, concretude e eles mesmos facilitando processos e dinamizando relações. Adiante, trabalharei melhor essa ideia da “vida social dos medicamentos” (MANICA, 2012) a fim de compreender o fluxo relacional das minhas interlocutoras também como um encontro biográfico.
6. É uma noção muito próxima da perspectiva contextualista para se entender as emoções postulado pelas autoras Abu-Lughod e Lutz (1990). Ao apropriarem o discurso, advindo dos ensinamentos de Foucault, como aquilo que manteria com a realidade uma dimensão de formação emotiva, penso que seja algo relevante, até mesmo para tomar as narrativas como “gramáticas emotivas”, a dimensão tal como tenho dito de que a narração não é afastada da ação.
7. Cabe destacar que antes da implementação da Terapia de Alta Potência no SUS, o medicamento mais comum, utilizado pelas pessoas, era o AZT, além do que, mesmo no início da resolução da Lei nº 9.313 o número de medicamentos que os portadores utilizavam era demasiado alto. Fato curioso, é que atualmente as pessoas infectadas iniciam com o tratamento conhecido por “3x1”, ou seja, apenas um comprimido. Esse esquema é considerado o básico. Dito isso, um dos movimentos analíticos que me chamou a atenção durante à época da pesquisa de campo, foi justamente o fato de elas relatarem muitos antirretrovirais, o que por vezes me deixava curioso por conta dos avanços nos tratamentos biomédicos e o número elevado de trocas pelas quais passavam.
8. Um dos processos de gestão do tratamento para o HIV/Aids por parte da interlocutora, é ocultar a palavra HIV/Aids. Luíza forja a categoria aquilo para referir-se à condição sorológica. Quando diz sobre os medicamentos também discurso com a categoria forjada. No mesmo sentido, como ficará evidente ao longo de suas narrativas, ela chama os antirretrovirais todos de maneira genérica por “remédios”. Para ela, independentemente do nome, da cor etc., todos eles

são remédios para algum fim.

9. Essas narrativas podem ser mais bem visualizadas em NELVO (2017).

10. A oposição razão versus emoção foi central nas narrativas das interlocutoras e também o é para os objetivos deste artigo, uma vez que Luíza frisava bastante essa relação ao aludir suas atitudes em relação à gestão do tratamento. Não à toa, ao longo da presente análise tenho me valido de formas cotidianas da interlocutora no que tange aos atos de tomar os medicamentos, é refletido sobre formas de dramatizações. O campo da antropologia das emoções é central para a construção dessa etnografia, e é a chave analítica tal qual reflito sobre atitudes morais de resistências por parte das interlocutoras. Baseio-me, sobretudo, na perspectiva que toma as emoções em seu pragmatismo, as entendendo como práticas sociais, a partir de “discursos emocionais” (ABU-LUGHOD e LUTZ, 1990). Deste modo, o que destaco no presente artigo é como as utilizações dos discursos de emoções permitem pensar em práticas de engajamento e resistência, frente a lidar com os desafios e sentimentos de “prisão” em relação aos medicamentos. Por conta das limitações do artigo, não irei me aprofundar tanto teórica quanto analiticamente neste ponto. Todavia, deixo como citações autores tais quais, neste sentido, os utilizo (ABU-LUGHOD e LUTZ, 1990; REZENDE e COELHO, 2010).

## Referências

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. In: LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila. (Orgs.). *Language and the politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

ABU-LUGHOD, Lila. *Writing women's words: Bedouin stories*. Berkeley: University of California Press, 1993.

ALVES, Paulo Cesar; RABELO, Miriam Cristina. *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AURELIANO, Waleska de Araújo. As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico. In: GONÇALVES, Marco Antônio; MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vânia Ziká. (Org.). *Etnobiografia: Subjetivação e etnografia*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras, 2012.

\_\_\_\_\_. Sofrer na Alma, Sentir no Corpo: Interfaces contemporâneas entre emoções, espiritualidade e saúde. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, Paraíba, v. 13, n.37, Abr, p. 59-79, 2014.

AZIZE, Rogério L. A química da qualidade de vida: Uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. *R@U: Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCAR*, São Carlos, v. 13 n. 1, p. 134-139, 2012.

BECKER, Howard. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press, 1973;

BIEHL, João. *Will to live: AIDS Drugs and Local Economies of Salvation*. *Public Culture*. v. 18, n. 3, Durham, p. 457-472, 2006.

\_\_\_\_\_. Antropologia do devir: psicofármacos, abandono social, desejo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008.

\_\_\_\_\_. Antropologia no campo da saúde global. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre. v. 17, n. 35, p. 257-296, 2011.

BRUNER, Edward M. Experience and Its Expressions. In: TURNER, Victor; BRUNER, Edward M. (Orgs.). *The Anthropology of experience*. Urbana e Chicago: University of Illinois Press, 1986.

BUTLER, Judith. *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

\_\_\_\_\_. Vida Precária. *Contemporânea*, Florianópolis. n. 1, p. 13-33, 2011.

CSORDAS, Thomas. *Corpo, Significado, Cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

CUNHA, Claudia. Jovens “vivendo com HIV/Aids”: A (con)formação de sujeitos em meio ao embarço. *Tese* (Doutorado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. *A terceira epidemia*. São Paulo: Iglu, 1991.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu*, Campinas, (37), julho-dezembro, p. 09-41, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. Apresentação. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LANGDON, Esther Jean. A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu*, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

MANICA, Daniela Tonelli. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. *R@U*:



*Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCAR*, São Carlos, v.13 n.1, p. 179-188, jan/jun, 2012.

MARCUS, George. Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, n. 24, p. 6-14, 1995.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza; FRAGA, Livia; SOARES, Priscila; PINHO, Adriana. The Dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-11, 2016.

NELVO, Romário Vieira. Tecendo Narrativas e Emoções: Uma etnografia sobre trajetórias de mulheres com HIV/Aids. *Monografia de Conclusão de Curso* (Bacharelado em Ciências Sociais) - Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

\_\_\_\_\_. O Enredo das Condenações: Uma etnografia entre documentos e “justiça” acerca de casos de transmissão do HIV. *Revista Idealogando*, Recife, v. 1, n. 2, p. 102- 121.

ORTNER, Sherry. Poder e Projetos: Reflexões sobre a agência. In: GROSSI, Miriam Pillar; ECKERT, Cornelia; FRY, Peter (Orgs.). *Conferências e Práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, 2007.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.

REZENDE, Claudia; COELHO, Maria. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

SONTAG, Suzan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

VALLE, Carlos Guilherme O. Identidades, Doença e Organização Social. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p.179-210, jul, 2002.

\_\_\_\_\_. Corpo, Doença e Biomedicina: Uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, Natal, n. 35, p. 33-51, 2010.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. 2011. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v.14 n.2, p. 457-472, jul/dez, 2011.

## **Biomedicine, treatment management and disenchantment: experiences of HIV positive women in Rio de Janeiro**

### **Abstract**

With the advancement of biomedical technologies for the treatment of HIV/AIDS, increased living quality became a possibility for people living with the virus, in an opposite scenario from the 1980s, when the diagnosis was like a death sentence. On the other hand, becoming HIV-positive requires changes in a range of everyday habits, with daily medication becoming a part of this process. In this article, I analyze the side effects, the social and subjective consequences of medicalization and treatment management in social trajectories. What is of interest here is the interweaving between life stories and the materiality and concreteness of pharmacological drugs. Therefore, I make use of the anthropological analysis of the journeys of three young women who are seropositive mothers, from the popular class of the city of Rio de Janeiro. From the analysis of how people manage their daily routine, it has been possible to understand the ambiguities and limits of biomedicine as a global culture, since the medication for them implies processes of meaning of experience, moments of inflection and feelings of imprisonment. Thus, their experiences materialize the real effects of technologies in the disenchantment of therapy in the HIV/Aids management of the treatment, as well as open a door to think about medication beyond the analytical key of freedom and enchantment in a Western worldview.

**Key words:** Biomedicine; Treatment management; Anthropology of health; HIV/AIDS; Medicines.

Recebido em 28 de julho de 2017.

Aceito em 13 de março de 2018.

## Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas

Felipe Cavalcanti Ferrari

Mestrando em Antropologia Social

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

felipecferrari@gmail.com

### RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo propor um ensaio sobre diferentes temporalidades que podem ser associadas à resposta ao HIV/Aids. Essas diferentes temporalidades têm se desdobrado a partir da centralidade que intervenções biomédicas passam a tomar, num processo que vem sido descrito como de biomedicalização de tal resposta. Um momento de maior dramaticidade, marcado por um pesado pânico moral nas políticas da sexualidade, teria dado lugar a um de maior otimismo, em que promessas biomédicas vêm emergindo de maneira cada vez mais concreta. Para dar conta dessas temporalidades e procurando entrecruzá-las, parto de uma abordagem pós-estruturalista para produzir uma narrativa que passa tanto pelas contribuições de uma antropologia da ciência quanto pelas de uma antropologia das emoções. Levando em particular consideração uma crítica feminista à materialidade, o movimento interpretativo esperado é o de uma descrição de agenciamentos complexos em que a estabilidade do HIV/Aids e suas intervenções possa ser colocada sob suspeita. A proposta aqui é a de descrever cada um desses distintos momentos, chamando atenção para o caráter performativo de tais temporalidades nas políticas de (co)produção do conhecimento. Procuo também explorar essas temporalidades a partir de uma investigação etnográfica realizada sobre a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), como uma intervenção biomédica promissora na seara da prevenção ao HIV. Finalmente, procura-se apresentar uma narrativa em que as histórias carregadas pelo HIV e suas intervenções não sejam lineares. Chamando atenção para como o enquadramento das temporalidades propostas, embora útil, não dá conta de perceber avanços e desafios. Seja em termos dos afetos que pairam sob uma epidemia altamente estigmatizante, ou ainda em termos das infraestruturas necessárias na resposta a esta epidemia.

**Palavras-chave:** Biomedicalização, HIV/Aids, Pânico moral, Profilaxia Pré-Exposição.

## Introdução

Diferentes temporalidades associadas ao HIV/Aids serão descritas nessas páginas. Entre uma crise da epidemia nos anos 1980 e um certo otimismo dos dias atuais, pretendo discutir a própria estabilidade do HIV e da Aids. Entre o pânico moral de um momento anterior e as promessas biomédicas de um agora, o presente artigo tem por objetivo apresentar um ensaio, fundamentando-se em uma pesquisa etnográfica realizada como trabalho de conclusão de curso em ciências sociais. Entendo essas temporalidades aqui como diferentes climas políticos, atravessados pelo que parecem ser afetos distintos. A investigação, de caráter bastante exploratório, procurou descrever a emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) a partir de diferentes documentos, incluindo reportagens, textos compartilhados em *blogs* e artigos científicos. A PrEP pode ser descrita como um registro de prevenção ao HIV pautado no uso anterior a uma exposição de risco de drogas antirretrovirais. Reservo o espaço da introdução para uma descrição vaga acerca da PrEP, na medida em que trata-se de uma intervenção biomédica que tem recebido grande atenção nos últimos anos e que muitas versões dela parecem emergir de tal atenção. Esta grande atenção, que documento ao longo dos movimentos analíticos aqui traçados, parece produzir certos pressupostos que irei questionar ao longo do trabalho: como a associação, quase automática, entre o método preventivo e a combinação de antirretrovirais que recebe o nome de Truvada.

Para dar conta dessa discussão, realizo uma aproximação teórica das contribuições do que vem sido chamado de uma antropologia da ciência e de um campo que se denomina como antropologia das emoções. De modo que considero possível realizar uma descrição sobre a abertura de entidades aparentemente estáveis, como a PrEP ou a própria epidemia de HIV/Aids, a partir de uma abordagem atenta ao que se poderia chamar de um caráter relacional e performativo de intervenções biomédicas. Para dar conta de tais temporalidades em que pânicos morais e futuros promissores se desenham, me desloco naquilo que Lila Abu-Lughod e Catherine Lutz (1990) chamam de uma abordagem contextualista, ou micropolítica, das emoções. Aproximando-me assim das discussões realizadas em sala de aula, na disciplina de antropologia das emoções<sup>1</sup>, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Também considero a contribuição de Amade M'charek (2014) como forma de propor uma aproximação entre as diferentes fontes de interlocução teórica. O trabalho desta autora enfatiza a maneira pela qual os objetos da tecnociência — e pode-se considerar o HIV, a Aids e a PrEP como objetos deste tipo — carregam o peso da história, evidenciando temporalidades conforme

sua performance.

Sendo assim, pretendo iniciar um diálogo com o que Peter Aggleton e Richard Parker (2015) chamam de biomedicalização da resposta à epidemia. Segundo os autores, este processo de biomedicalização é marcado por promessas otimistas de um futuro sem HIV ou Aids, manifestas em função da centralidade de tecnologias biomédicas. Promessas carregadas a despeito de inúmeros desafios impostos por uma realidade sinistra de assimetrias no campo da saúde, que têm seus efeitos nas taxas de infecção e mortalidade. Defendendo uma participação ativa das comunidades mais afetadas pela epidemia na resposta ao HIV e à Aids, é tomada uma postura crítica referente a essa centralidade da biomedicina. Trata-se de uma crítica ao que Fernando Seffner e Richard Parker, em um editorial da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), apontaram como a neoliberalização dessa resposta:

Neste texto, o caminho escolhido foi buscar entender a atual situação da resposta brasileira à AIDS em articulação com algumas marcas fortes de seu passado – aqui tomadas como experiências políticas relevantes – e com as estratégias de caráter neoliberal. Estas últimas procuram desenhar o fim da AIDS em um futuro altamente medicalizado e com a transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, minimizando os traços da diversidade cultural e política do país (SEFFNER E PARKER, 2016, p. 26).

Embora partilhe da posição crítica destes autores, procuro ao longo do artigo também propor uma reflexão acerca da materialidade das próprias intervenções biomédicas, sobretudo a partir das promessas carregadas pela PrEP. Tal intervenção pode ser entendida como mais um deslocamento de medicamentos antirretrovirais, do tratamento da infecção em direção à prevenção. Nesse sentido, inspiro-me nas contribuições de uma abordagem feminista em estudos sobre ciência e tecnologia, como as realizadas no trabalho de Marsha Rosengarten (2009). Para a autora, está em questão a transformação que o HIV e a Aids passaram: de um momento anterior à centralidade de antirretrovirais a outro em que estes passam a participar de um complexo cotidiano de tratamento e prevenção. De modo que, ao longo do trabalho, pretendo entrecruzar temporalidades, materialidades e afetos, descrevendo uma maneira pela qual aquilo que se apresenta como uma entidade fixa e estável pode ser entendido como múltiplo e aberto. No caso em questão, trato de como o HIV/Aids e uma intervenção particular, a PrEP, podem ser compreendidos pela sua multiplicidade e abertura.

Organizo o artigo em cinco sessões. Na primeira procuro aproximar as abordagens teórico-metodológicas que constituem esse trabalho, pelo que me parecem ser certas afini-

dades. Em seguida, apresento um quadro inicial da epidemia de HIV/Aids, a partir de uma consideração sobre pânico moral. Passo então a discutir sobre o otimismo de um momento atual da resposta ao HIV/Aids, apresentando uma breve apreciação da etnografia que realizei sobre a emergência da PrEP. Ainda a partir da investigação realizada entrecruzo essas temporalidades, de maneira a aprofundar a discussão sobre a estabilidade das matérias em jogo, procurando trazer com maior ênfase um diálogo entre as contribuições antropológicas acerca das emoções e das ciências. Por fim, realizo um breve comentário sobre o ensaio, considerando os desafios envolvendo uma resposta ao HIV/Aids a partir da emergência da PrEP, como apresentada ao longo do trabalho.

### **Ciência e emoções: temporalidades sobrepostas**

Assim como a pesquisa em ciências sociais acerca do HIV/Aids já possui uma certa trajetória<sup>2</sup>, aproximar ciência e emoção a partir de abordagens antropológicas, como pretendo fazer agora, não é uma tarefa inovadora por si. Partir da noção de saberes localizados de Donna Haraway (1995) já é bastante revelador. Segundo esta noção, a produção do conhecimento é sempre corporificada (num corpo constantemente mediado por tecnologias), o que pode levar a uma reflexão sobre a prática científica e seus objetos como atravessados pelos mais variados afetos. Afetos que são políticos, na medida em que constituem e são constituídos não apenas em relação a uma visão de mundo, mas participam ativamente da emergência do que se entende por realidade. Como parte de discursos e práticas, constituindo-se em relações de poder num vocabulário foucaultiano, o ponto de encontro entre emoção e ciência que gostaria de explorar aqui se manifesta pelo caráter positivo dessas relações. Ou seja, a capacidade de um discurso ou de uma prática de produzir os objetos a que fazem referência, mais do que representar o mundo tal como ele seria. Sendo justamente a emergência do que se entende como real o que importa nessa aproximação.

Considerando o caráter positivo das relações de poder, as autoras Lila Abu-Lughod e Catherine Lutz (1990) apresentam uma abordagem para o estudo antropológico das emoções. Descrevem um quadro, também apresentado por Maria Cláudia Coelho e Cláudia Barcellos Rezende (2011), no qual pelo menos quatro abordagens são reconhecidas. A primeira seria uma abordagem essencialista, que vincula a emoção a uma verdade interior do indivíduo, seja de ordem biológica ou psicológica. Outras duas correspondem a uma crítica a essa ideia essencialista, podendo recorrer às mudanças históricas ou ao relativismo cultural para tratar das emoções, constituindo, assim, abordagens distintas. A quarta abordagem vem da inspiração nas considerações pós-estruturalistas de Foucault; aqui as autoras chamam atenção para

o caráter performativo do discurso, na medida em que aquilo que se fala sobre as emoções produz uma diferença. Assim, apresentam o que chamam de uma abordagem contextualista, ou num termo que ressoa melhor ao vocabulário das outras contribuições presentes neste trabalho, micropolítica das emoções.

Tal pressuposto pós-estruturalista também foi sendo desenvolvido tanto na teoria feminista quanto nos estudos sobre ciência e tecnologia. Dos pontos de interseção entre ambas abordagens é este o que pretendo utilizar para dar conta de uma discussão envolvendo a política do conhecimento científico e suas intervenções. Nesse sentido, podem ser encontradas inspirações foucaultianas tanto em abordagens vinculadas à chamada teoria ator-rede (LATOURETTE, 2012; 2011), quanto na noção de performatividade de gênero (BUTLER, 2014). Se por um lado a teoria ator-rede permite realizar uma descrição das associações e mediações complexas, próprias de uma micropolítica dos saberes que envolve atores humanos e não-humanos; a performatividade pode também ser aqui ampliada para além de seu potencial crítico à diferença entre os sexos, servindo como maneira de apreender os objetos científicos. Trabalhos como os de Annemarie Mol (2002) exploram de que maneira esse caráter performativo (via a noção de *enactment* ou *performance*) coloca a prática científica como capaz de produzir múltiplas realidades, levando-se em conta as investidas que as realizam. De modo que torna-se possível uma crítica da materialidade, em que práticas e discursos operam constantemente com os mais inusitados arranjos ontológicos. Arranjos nos quais vírus, antirretrovirais, populações, ativismo, políticas públicas, tecnologias de diagnóstico, direitos intelectuais, se confundem e constituem um ao outro conforme são performados.

Seguindo essa abordagem pós-estruturalista que contribui tanto para um olhar antropológico acerca das emoções quanto para investigações de cunho etnográfico sobre a ciência e seus objetos, o trabalho de Amade M'charek (2014) ganha especial relevância. A autora propõe uma abordagem que leve em consideração o peso das trajetórias históricas que os objetos carregam, de modo a auxiliar na constituição do que se entende por temporalidade no presente trabalho. Apresentando o conceito de “objeto dobrado”, a autora chama atenção para a maneira pela qual diferentes temporalidades podem ser acessadas a partir de performances específicas dos objetos. Cada versão com que trabalhamos dobra o tempo sobre o qual emergem os objetos, de modo a propiciar uma análise histórica não-linear. Nesse sentido, o artigo procura apresentar diferentes climas políticos e afetos que podem ser associados ao HIV/Aids, em uma narrativa que é também sobre a história da epidemia. Tais temporalidades serão entrecruzadas ao longo do ensaio, a partir da contribuição desta autora e da abordagem

micropolítica das emoções.

O já mencionado trabalho de Marsha Rosengarten (2009) fornece importantes pistas para uma reflexão sobre as temporalidades associadas ao chamado processo de biomedicalização da resposta ao HIV/Aids. A autora descreve as complexidades vinculadas ao que seria um momento mais atual da epidemia, considerando o que poderia ser entendido como ecos do passado. Em sua análise é realizado um deslocamento entre um período denominado como “pré-antirretrovirais” e outro como “centrado em antirretrovirais”. Estas diferentes temporalidades se manifestam no quadro que Aggleton e Parker (2015) descrevem sobre um momento anterior de crise e outro mais atual de otimismo na resposta ao HIV chamado pelos autores de biomedicalização. Uma mudança na resposta ao HIV/Aids é sentida em ambos os trabalhos, entretanto suas preocupações diferem. O trabalho de Rosengarten procura atentar para como a materialidade e seus efeitos estão em disputa, mesmo que cotidiana, como nas negociações de práticas sexuais entre homens gays. Já a crítica de Aggleton e Parker parece expressar uma certa suspeita em relação à materialidade, na qual a participação política das comunidades afetadas pela epidemia pode estar em risco pela centralidade das promessas carregadas pela biomedicina. Inspirado pelo ativismo descrito por Steven Epstein (1996) em sua obra *Impure Science: AIDS, activism and the politics of knowledge*, arrisco aqui dizer que uma postura de confiança e desconfiança em relação à empreitada biomédica se faz necessária em investigações críticas sobre tais mudanças.

### **Pânico moral: coletividade e política do conhecimento**

*In Kentucky Harry buys a round of beer  
To celebrate the death of Billy Smith, the queer,  
Whose mother still must hide her face in fear.  
Let's not chat about despair.  
You who mix the words of torture, suicide, and death  
With scotch and soda at the bar,  
We're all real decent people, aren't we?  
But there's no time left for talk.  
Let's not chat about despair<sup>3</sup>.*  
— Diamanda Galás, Let's not chat about despair

O texto acima é cantado pela artista Diamanda Galás em seu álbum *You must be certain of the devil* (1988). Trata-se de seu último trabalho a integrar a trilogia *Masque of the red death* sobre a epidemia de Aids vivida nos Estados Unidos. A canção, bem como o restante do material produzido por Galás na trilogia, assume uma postura de denúncia. Denúncia que chama



a atenção para uma série de violações, associadas ao clima de perseguição moral, negligência e perdas da época. Movida por perdas pessoais e pelo clima de então, a artista se aproximou de um importante personagem na resposta à Aids norte-americana: o grupo ativista *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT-UP) (WOOLFE, 2017).

Um tom de denúncia como o adotado pela artista, como bem nota Steven Epstein seria apenas um lado da moeda no ativismo de grupos como o ACT-UP<sup>4</sup>. O autor descreve como, nos anos iniciais da epidemia, uma política dupla de confiança e desconfiança era adotada pelos ativistas, sobretudo em relação ao *establishment* biomédico (EPSTEIN, 1996). Embora o descaso e a homofobia estruturais, especialmente em sua relação aos supostos interesses da indústria farmacêutica e da pesquisa médica no país, fossem alvos de críticas e denúncias, ainda assim era necessário manter um difícil diálogo com essas autoridades na produção de saberes. Entretanto, antes de descrever o outro lado da moeda, considero necessárias algumas palavras sobre o desespero. Os anos iniciais da Aids foram marcados por uma profunda crise, envolvendo não apenas as políticas de saúde e do conhecimento, mas também aquelas da sexualidade.

Nos anos 1980, o influente artigo *Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality* é publicado pela antropóloga Gayle Rubin. A autora, embora não tenha como um direcionamento específico a questão da Aids em seu artigo, fornece importantes contribuições a um campo de estudo crítico sobre as políticas da sexualidade. Em particular, chama-se atenção para a perseguição que dissidentes sexuais — pessoas sob quem paira o estigma de uma sexualidade mal posicionada no que a autora chama de uma pirâmide erótica — sofrem em momentos de crise (RUBIN, 2007). Crise pode ser um bom termo para descrever a eclosão da Aids, na medida em que uma doença então misteriosa estava matando jovens gays em proporções assustadoras. Não muito demorou para que uma resposta homofóbica e moralista passasse a emergir. Associando à doença a noção de que se tratava de um *câncer gay*, uma espécie de castigo por práticas homossexuais, em particular aquelas entendidas como promíscuas. Esse quadro é descrito pela autora como um pânico moral, em que uma “homofobia virulenta” era incitada a partir de leituras conservadoras da sexualidade.

Denúncias como as de Galás e de Rubin tornaram-se parte das estratégias ativistas, como maneira de dar visibilidade ao urgente processo destrutivo para o qual o conservadorismo contribuía. Uma resposta ao pânico moral incipiente era dirigida, mas essas estratégias não corresponderam a totalidade de ações adotadas. O trabalho de Carlos Guilherme do Valle (2002) chama atenção para uma valorização da vida na constituição de uma identidade:

peças que vivem com Aids ou HIV<sup>5</sup>. Valle nota como essa inflexão foi útil, na medida em que desvincula do diagnóstico a ideia estigmatizante de uma sentença de morte, tão propagada pelas mídias hegemônicas. A noção de viver com HIV ou Aids foi constituindo-se em boa parte do ativismo, como no caso das ONG/Aids brasileiras, em que nomes como Grupo pela Vida começam a emergir. Essa emergência das ONG/Aids no Brasil, conforme o estudo de Regina Facchini (2005) sobre o então chamado movimento homossexual brasileiro, correspondia a um processo mais amplo de institucionalização de movimentos sociais associados a uma política da sexualidade. Institucionalização que inscreve o ativismo da Aids em camadas mais complexas de plataformas biomédicas.

Chego assim, na escrita do presente trabalho, ao outro lado da moeda do que Epstein (1996) chamou de uma política da confiança e da desconfiança. Embora fosse necessária a denúncia das condições em que as pessoas viviam com HIV e Aids, um difícil diálogo com autoridades científicas foi necessário. Processo que se deu na medida em que uma profissionalização de ativistas era desenhada: o ativismo da Aids foi tornando-se cada vez mais um ativismo de especialistas. Pessoas que estavam a par das pesquisas realizadas fosse no campo da etiologia, da imunologia, ou do tratamento. A pressão de ativistas norte-americanos teve como efeito uma remodelação dos ensaios clínicos em andamento, das diretrizes terapêuticas envolvendo a Aids, e inclusive da chamada pesquisa básica. Encontrando seus ecos nas agências de regulação dos Estados Unidos como a *Food and Drug Administration* (FDA) e o *National Institutes of Health* (NIH) nos anos iniciais da epidemia<sup>6</sup>.

Esse diálogo não se travou apenas com autoridades na política do conhecimento, mas também com a própria materialidade do HIV e da Aids, ainda mais confusa e crítica do que talvez seja no momento mais atual. Como mencionado no parágrafo anterior, a pressão ativista esteve muito associada às práticas terapêuticas. O tratamento antirretroviral e os ensaios clínicos a eles vinculados foram ganhando forma nessa ciência impura, misturando especialistas e leigos. O trabalho de Epstein (1996) também é útil para notar como noções de prevenção começam a emergir a partir desse diálogo. Antes mesmo que a hipótese etiológica do HIV enquanto causa da Aids se estabilizasse, emergem nos Estados Unidos publicações como o *How to have sex in an epidemic*. Publicado no ano de 1983, o material é da autoria conjunta de Richard Berkowitz e Michael Callen, ativistas da Aids, e Joseph Sonnabend, um clínico geral que foi um dos pioneiros na atenção a pessoas vivendo com Aids no país. O documento procurava estabelecer práticas de sexo seguras, considerando as hipóteses etiológicas de então. Desse modo, a prevenção começava a emergir como um processo contingente, vinculado às

possibilidades de interpretação que a materialidade supunha.

Este é um dos sentidos em que o trabalho de Rosengarten (2009) pode ser aproximado do de Epstein, quando a autora se refere às práticas de sexo seguro, em um contexto nos quais os antirretrovirais são centrais. Ao entrevistar homens gays, a autora atenta para como práticas de sexo seguro são negociadas a partir de um diálogo com o conhecimento biomédico, sobretudo considerando o agenciamento entre tecnologias diagnósticas, como o teste de carga viral, e o tratamento<sup>7</sup>. Cabe notar que essas práticas não dizem respeito à centralidade do preservativo, como seria comum em campanhas de prevenção. Conforme a fala dos entrevistados, a decisão a respeito de usar ou não preservativo, especialmente em relações envolvendo a penetração anal<sup>8</sup>, passa por uma série de critérios. A detectabilidade do vírus no sangue, no caso de entrevistados soropositivos, seria um desses critérios. Critério que passa por uma associação entre as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, tornando-as presentes na decisão e negociação do sexo seguro, já borrando as fronteiras entre tratamento e prevenção. As atitudes que o parceiro apresenta em relação ao uso do preservativo também seriam importantes, tendo pesos diferentes para o indivíduo considerado passivo ou ativo na relação. De modo que uma complexidade muito grande está em jogo nas práticas de prevenção, fazendo com que os sentidos do que é segurança ou não mudem a partir de uma negociação implícita. O sexo seguro pode aqui ser entendido como um processo contingente em um outro nível, que não caminha na direção de uma estabilização, o das próprias práticas sexuais.

Antes de passar efetivamente para uma descrição do momento de otimismo, considero relevante trazer uma última nota. Nos trabalhos com os quais vim constituindo o presente ensaio, é possível notar uma certa inflexão identitária. No sentido de que a associação, antes pejorativa e discriminatória, entre homossexualidade masculina e Aids vai se tornando positivada. Trabalhos como o de Facchini (2005), sobre o movimento homossexual brasileiro, e o de Epstein (1996) apontam para como uma política de identidades se desenhava em relação a esse mesmo ativismo. Na medida em que homens gays apresentavam maior visibilidade e poder de decisão ou influência, outras populações afetadas eram levadas a uma posição mais marginal nesse ativismo. Existe, portanto, um atravessamento entre os ativismos da Aids e do movimento LGBT e disputas internas puderam ser sentidas. De modo que, ao mesmo tempo em que se constituía uma vinculação positiva e afirmativa em uma resposta coletiva à epidemia de HIV/Aids, novas complexidades e disputas emergiam também nesse campo. A história contada aqui, nesse sentido, é apenas uma, das muitas possíveis<sup>9</sup>.

## Otimismo: PrEP e a questão da adesão

De acordo com as metas anunciadas pela UNAIDS, o “fim da Aids” seria possível num futuro próximo. Metas como essa são o objeto da crítica de pesquisadores da ABIA, que aponta a maneira pela qual esse otimismo parece não estar em sintonia com a realidade vivenciada por muitas populações afetadas pelo HIV/Aids. Por exemplo, as taxas de infecção pelo HIV, em vez de apresentarem o declínio esperado, têm aumentado — particularmente em grupos de homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgênero e outros grupos socialmente excluídos. Além disso, embora tenha havido melhoras nas taxas de mortalidade associadas<sup>10</sup> à Aids, uma série de assimetrias impede o acesso a tratamentos mais atualizados e a um cuidado de saúde adequado (AGGLETON E PARKER, 2015, p. 1552). No momento descrito como de uma neoliberalização da resposta à epidemia de HIV/Aids, uma lógica mais individualista das práticas de cuidado com a saúde é sentida. Trata-se da ideia do paciente consumidor, que deve ser responsabilizado pelo próprio tratamento e prevenção, prejudicando uma possibilidade de resposta coletiva ao HIV/Aids (SEFFNER E PARKER, 2016).

Indo na esteira da crítica apresentada acima, mas distanciando-se de sua abordagem, o trabalho de Rosengarten (2009) sugere reconhecer a complexidade dos agenciamentos entre o que a autora chama de carne e informação, nas intervenções biomédicas associadas ao HIV/Aids. Uma noção renovada de coletividade é emergente no trabalho da autora. Na qual as próprias materialidades, como o vírus, os antirretrovirais e as tecnologias diagnósticas participam ativamente. O exemplo trabalhado anteriormente, sobre o diálogo estabelecido entre homens gays e saberes ou tecnologias biomédicas, serve como uma boa ilustração para o argumento da autora. Novos sentidos e práticas são emergentes de uma relação processual em que o caráter performativo dessas materialidades é colocado em evidência. De modo que, embora a materialidade seja apresentada de maneira fixa e estabilizada, como uma realidade em si mesma, no nível dos sentidos e práticas em que é produzida existe uma potencialidade na qual a exploração crítica se faz necessária. Similar ao posicionamento de Haraway (1995), a investigação de Rosengarten procura colocar em questão as próprias intervenções, localizando-as. Com o compromisso de que uma ciência melhor, mais aberta a possibilidades e responsável, possa emergir.

Na investigação etnográfica, de caráter bastante exploratório, acerca da emergência da PrEP que realizei para a escrita do trabalho de conclusão de curso em ciências sociais, procurei me inspirar nas considerações de tais autores. Tratou-se de um trabalho no qual pretendi

produzir uma narrativa sobre a maneira pela qual a ideia de uma intervenção biomédica eficaz começava a tomar corpo e ganhar materialidade. Cabe notar que a emergência da PrEP é um evento recente na resposta ao HIV/Aids e, na particularidade do Brasil, é possível dizer que ainda não participava de maneira efetiva do cotidiano das práticas de prevenção durante a investigação realizada<sup>11</sup>. Nesse sentido, recorri a materiais de ordem documental, tais como reportagens publicadas em grandes sites de notícias brasileiros, textos publicados em blogs ativistas também brasileiros e ainda artigos científicos vinculados a grandes ensaios clínicos que inauguraram a capacidade preventiva da PrEP. Como parte de um empreendimento etnográfico, utilizei como espécie de guia, principalmente a partir dos rumores e das evidências biomédicas<sup>12</sup> que circulavam, as noções de tradução e purificação cunhadas por Bruno Latour (1994). Pela via da purificação procurei atentar à tentativa de estabilização de uma intervenção biomédica então nascente. Pela via da tradução procurei descrever as diferentes apropriações que a nascente intervenção recebia, de modo a evidenciar sua potencialidade múltipla. Nesse sentido, o empreendimento etnográfico realizado procurou atentar a efeitos que constituem e são produzidos em relação à circulação de rumores e evidências, a partir dos materiais acessados, como trabalhado ao longo do restante do artigo<sup>13</sup>.

Entre os anos de 2010 e 2011 começam a ser publicados os resultados dos ensaios clínicos que dão um corpo à estabilidade da PrEP. Nos portais de notícias começam a proliferar reportagens, muitas vezes produzidas por agências de comunicação internacionais, sobre a nascente intervenção biomédica. Em tais reportagens é possível apreender uma PrEP que emerge a despeito das materialidades e contingências implicadas nas práticas de pesquisa experimental. Embora as metodologias utilizadas sejam descritas, tais descrições não tem um enfoque de destaque, e o contexto das investigações dificilmente é trazido à cena<sup>14</sup>. O importante reside nos resultados possibilitados. Resultados que inauguram a capacidade preventiva dos antirretrovirais, em particular o Truvada, num período anterior ao da exposição de risco. No ensaio clínico de caráter transnacional iPrEx, que teve dentre seus sítios de pesquisa o Brasil, uma população de “2.499 homens, entre os quais 29 mulheres transexuais, não infectadas, e com idades entre 18 e 67 anos, que tiveram relações homossexuais regulares” foi investigada. Estabeleceu-se uma taxa de eficácia de 43,8% a partir da diferença nos casos de infecção observados entre os grupos experimentais, que recebiam a droga, e de controle, que recebiam placebo. Taxa modesta, diga-se de passagem, sendo similar àquela atribuída aos microbicidas, que podem ser descritos como outra intervenção biomédica de prevenção em fase experimental, na mesma reportagem: 39% (FRANCE PRESSE, 2010).

O que vai distinguir a PrEP em relação a outras intervenções biomédicas no campo da prevenção é a questão da chamada adesão, do quanto a pessoa consegue aderir à recomendação médica do uso diário do antirretroviral. É aí que a relação entre a metodologia e os resultados caminham em direção à promessa carregada pela PrEP. Isto porque aqueles que “mostraram ter a droga ativa em seu sangue 90% do tempo tiveram um risco 72,8% menor de contrair o vírus do que aqueles que tomaram placebo” (G1 E REUTERS, 2010), bem como “quando os pesquisadores analisaram os exames de sangue que identificam o medicamento no organismo por 14 dias (...) essa redução atingiu 92%” (FOX, 2010). O ano de 2011 é interessante de mencionar, pois são publicados os resultados dos ensaios TDF-2 e Partners PrEP, nos quais taxas de eficácia similares foram encontradas. Além de ter ocorrido o cancelamento de outros dois ensaios, o FEM-PrEP e o VOICE, em virtude de uma pequena diferença no número de infecções entre os grupos de controle e experimental (FRANCE PRESSE, 2011; REUTERS, 2011).

É associada à ideia de adesão que a PrEP emerge enquanto uma pílula que funciona para prevenção caso tomada diariamente. Uma PrEP universal e abstrata que independe de quaisquer contingências materiais parece emergir. É aí que, ao mesmo tempo em que se define a eficácia do método preventivo a partir da questão da adesão, é possível encará-la como um calcanhar de aquiles da intervenção biomédica. Algo que se complica na medida em que o assunto em pauta é a implementação de uma ferramenta de prevenção ao HIV como política pública. Nesse sentido, é realizada uma tradução em que é importante considerar que para além da ingestão diária do Truvada, a eficácia da PrEP enquanto método de prevenção depende de todo um sistema de saúde efetivo. O individualismo de uma lógica centrada em uma ideia de adesão que pode se confundir com uma responsabilização moral do paciente se encontra com as coletividades que constituem a prática da saúde pública.

Uma medicação de uso diário a ser distribuída para a população e que requer um constante acesso ao sistema de saúde, por meio de testes diagnósticos para atestar sua eficácia, recai em uma difícil implementação. Movimentos como o realizado pelos ativistas do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) da ABIA têm sido importantes. O grupo exerceu uma pressão política vinculada à recusa do pedido de patente do laboratório Gilead Sciences, responsável pelo Truvada, por parte do Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) (CORREA E VILLARDI, 2017). Este tipo de movimento é fundamental para uma implementação da PrEP enquanto política pública, aproximando a questão da adesão a uma pílula diária às relações econômicas com a indústria farmacêutica. Reivindicando

a necessidade de novos métodos de prevenção e, procurando inverter a relação estabelecida com essa indústria, foi oferecida uma possibilidade de implementação da intervenção biomédica não mais limitada pelo direito intelectual. Por meio desse movimento de tradução, já é possível apontar como mesmo em uma lógica individualista na qual a adesão ao tratamento é fundamental à emergência da PrEP, coletividades e agenciamentos diversos são possíveis.

Para o restante dessa seção trato a respeito da centralidade da adesão na definição da PrEP enquanto uma intervenção biomédica eficaz. Questionando a noção de que se trata, necessariamente, de uma pílula de uso diário e procurando alargar de maneira crítica o que se entende por adesão, pretendo colocar em evidência coletividades agenciadas em sua emergência. Um dos motivos pelos quais procuro manter uma descrição vaga acerca da PrEP em apresentações introdutórias deve-se a associação quase automática deste regime de prevenção à combinação dos antirretrovirais tenofovir disproxil fumarato (TDF) e emtricitabina (FTC), comercializada pelo nome de Truvada. Até aqui vim descrevendo a maneira pela qual a noção de uma pílula eficaz emerge de maneira purificada e é traduzida em debates como os da implementação do método preventivo. Realizei essa tarefa a partir do que chamei de rumores, associados a proliferação de materiais como reportagens publicadas em grandes portais de notícias. Se num primeiro momento estive tratando de um processo de divulgação científica, passo agora a descrever a produção de evidências biomédicas a partir de alguns ensaios clínicos realizados. Tais ensaios manifestam sua importância na medida em que fundamentaram essa emergência de uma pílula eficaz na prevenção do HIV, além de serem os mesmos que foram mencionados nas reportagens consideradas. Refiro-me, portanto, ao iPrEx, ao TDF-2 e ao Partners PrEP, bem como ao FEM-PrEP e ao VOICE.

Passo de uma descrição das reportagens, para uma descrição de artigos científicos vinculados aos resultados desses ensaios. Ancorando-me na noção de dispositivo de inscrição de Latour e Woolgar (1997), procuro chamar atenção para os protocolos de pesquisa que desenhem tais empreendimentos, protocolos que procuram descrever as metodologias utilizadas nos estudos. De modo a lançar luz sobre materialidades envolvidas no processo coletivo de pesquisa. Nesse sentido, uma inflexão no vocabulário é notável e cabe aqui mencionar com maior insistência: PrEP e Truvada não são sinônimos. Esta talvez seja a primeira implicação de reconhecer uma inflexão do vocabulário que aponta para as materialidades envolvidas na prática experimental. O nome comercial atribuído à combinação de antirretrovirais é substituído pelas abreviações de seus compostos, o TDF e o FTC. Além disso, uma vez que o TDF-FTC é tratado como uma droga candidata a tal regime de prevenção, não corresponde

ao único composto farmacêutico avaliado pelos ensaios clínicos. O TDF, sem associação à outra substância, e o tenofovir (TFV) figuram como outros candidatos. Sendo o primeiro associado a um regime oral, pautado pelo uso de pílulas, e o segundo a um regime tópico, pelo uso de géis microbicidas de aplicação vaginal, aqui pensados como PrEP. Estes últimos foram investigados no ensaio clínico do VOICE (MARRAZZO *et al.*, 2015), atestando que um regime oral em pílulas não é o único candidato para a intervenção biomédica.

Cabe também considerar que o TFV não se trata apenas de um composto farmacêutico cuja eficácia e segurança<sup>15</sup> serão avaliadas, mas como um importante biomarcador na avaliação da adesão em análises de coletas de plasma. Referindo-se, nesse caso, aos metabólitos ativos do TDF encontrados no sangue. Ao menos este é o uso da substância no ensaio clínico iPrEx (GRANT *et al.*, 2010). Lembrando que, conforme os rumores descritos anteriormente, a adesão é peça central para a definição da eficácia da PrEP. É a partir daí que se estabelece a ideia de que uma pílula diária funciona para a prevenção do HIV entre homens gays que compunham a população de estudo deste ensaio. Outras populações foram alvo de investigação em ensaios como o Partners PrEP e o TDF-2. Ambos os ensaios foram de caráter transnacional, assim como o iPrEx<sup>16</sup>. Assim como o iPrEx, ambos foram bem-sucedidos em apresentar índices animadores de eficácia. Entretanto, diferentemente do ensaio que recrutou a população de HSH, o primeiro envolveu casais heterossexuais sorodiscordantes (quando um parceiro é soropositivo e o outro soronegativo) e o segundo homens e mulheres heterossexuais soronegativos (BAETEN *et al.*, 2011; THIGPEN *et al.*, 2011).

Tais ensaios, fundamentais na constituição da centralidade da adesão, foram considerados ensaios de sucesso. Conseguiram, efetivamente, estabelecer uma relação entre o potencial preventivo das drogas candidatas, sobretudo o TDF-FTC e o TDF em regime oral, e o uso do medicamento. Entretanto, outros ensaios falharam em estabelecer tal conexão. Como o caso do FEM-PrEP e do VOICE<sup>17</sup>, que recrutaram mulheres soronegativas. Todos os ensaios considerados aqui, sejam de fracasso ou de sucesso, atribuem metodologias similares de avaliação da adesão. Por um lado, são realizadas entrevistas e questionários, além de serem vistoriados os frascos de medicação devolvidos pelo participante para uma contagem de pílulas ou aplicadores de gel utilizados. Por outro, é feita a já mencionada medição dos níveis dos compostos farmacêuticos no plasma (GRANT *et al.*, 2010; BAETEN *et al.*, 2011; THIGPEN *et al.*, 2011; VAN DAMME *et al.*, 2012; MARRAZZO *et al.*, 2015). Nos ensaios de sucesso, ambas as avaliações de adesão costumam estar em sintonia (GRANT *et al.*, 2010; BAETEN *et al.*, 2011; THIGPEN *et al.*, 2011). Aqueles que fracassaram, pelo contrário, levantam discre-



pância entre os relatos das participantes e o material biológico coletado (VAN DAMME *et al.*, 2012; MARRAZZO *et al.*, 2015). Cabe notar que o próprio fracasso do FEM-PrEP chegou a ser explicado nos termos da adesão:

In conclusion, prophylaxis with TDF–FTC did not reduce the rate of HIV infection and was associated with increased rates of side effects, as compared with placebo. However, we were unable to accurately assess the effect of TDF–FTC on HIV acquisition or safety because of low study drug adherence, which may be an indication that a daily pill-taking regimen will be difficult for some populations<sup>18</sup> (VAN DAMME *et al.*, 2012; grifos meus).

Abriu-se um espaço para uma investigação acerca da mentira, no contexto de drogas experimentais. Uma equipe de antropólogos vinculada ao VOICE realizou uma discussão acerca dos sentidos atribuídos ao ensaio clínico, por parte de suas participantes. O trabalho de Jonathan Stadler e colegas (2015) aponta para como narrativas de esperança, associadas ao cuidado médico oferecido nos espaços dos ensaios, movimentavam as principais motivações das participantes no ensaio. De modo que, a despeito das situações de abusos que viviam e muitas vezes se entrecruzavam com a adesão ao regime diário recomendado, as participantes ainda tinham razões para participar do estudo: levando-as a “mentir”. À adesão pode se atribuir uma série de significados que vão além e desafiam a noção de um uso diário do medicamento.

Significados mediados pelas próprias tecnologias e metodologias de pesquisa, que atravessadas por posições assimétricas numa economia política da saúde global, implicam em desafios éticos imprevistos. Nesse sentido, o trabalho de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) sobre os ensaios clínicos da PrEP, apontam ainda mais agenciamentos para os sentidos da adesão. Os autores criticam a noção de que um padrão ouro — seja o da pílula, o do ensaio clínico randomizado ou de uma determinada versão de bioética, como as diretrizes de pesquisa da UNAIDS — dê conta da complexidade da emergência da intervenção biomédica. É possível considerar, portanto, que nos relatos considerados mentirosos das participantes, haviam indicativos de uma economia política da saúde global mais ampla. Economia política em que o fracasso ou o sucesso dos ensaios clínicos dependem de uma abordagem mais relacional, na qual esses padrões-ouro possam ser questionados e reformulados conforme o cenário que se apresenta. É possível considerar, de maneira similar, que uma implementação da intervenção biomédica deve atentar às complexidades de sua emergência, ao mesmo tempo em que garanta o acesso a um cuidado com a saúde.

## Cruzando temporalidades na biomedicalização: a emergência da PrEP em debates morais

Na seção anterior procurei descrever o clima de otimismo em relação à resposta ao HIV. Realizei a tarefa a partir dos resultados animadores da PrEP em ensaios clínicos e sua circulação em materiais de divulgação científica e dos artigos científicos que divulgaram seus resultados. Procurando evidenciar as complexidades envolvidas com a promessa carregada pela intervenção biomédica, chamei atenção para o caráter complicado no qual a adesão emerge como central. Ao mesmo tempo que é fundamental para uma tentativa de estabilização da PrEP, ela também desestabiliza a partir da emergência dos debates sobre sua implementação. Desestabilização que se dá na medida em que um regime de pílula de uso diário pode ser de difícil aplicação para algumas populações (VAN DAMME *et al.*, 2012). É nesse contexto que estudos demonstram como o Projeto PrEP Brasil têm emergido, a fim de avaliar a possibilidade de implementação do método preventivo, considerando o delicado assunto da adesão (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2015). Essa tradução da pílula de uso diário, nos termos de um debate centrado em sua aplicação prática, é apenas um dos deslocamentos da PrEP purificada. No que se segue, exploro debates sobre sexualidade que emergiram, como outra tradução da intervenção biomédica, em termos morais. Novamente trabalharei com a questão da adesão, atentando às materialidades envolvidas. Procuo entrecruzar as temporalidades descritas até aqui considerando as contribuições de uma abordagem antropológica micropolítica das emoções junto a ideia de objeto dobrado. Para tanto, a discussão volta-se à revolução sexual prometida pela PrEP.

Com a publicação dos resultados do ensaio clínico iPrEx e a proliferação de reportagens sobre o assunto alguns deslizamentos são notáveis. Em 2010, quando foram anunciados seus resultados, Reinaldo Azevedo, colunista conhecido por suas posturas conservadoras na revista *Veja*, se apropria da discussão. Neste movimento de tradução não está em questão o funcionamento da pílula. É considerada, em si mesma, eficaz em reduzir o risco de infecção pelo HIV. É o futuro para o qual sua emergência aponta, a partir dos usos que seriam imaginados, que está em questão:

Caso esse remédio se popularize — e já há quem tome coquetéis do dia seguinte... —, vocês acham que haverá uma elevação ou uma diminuição no número de contágios? O senso comum tenderá a responder: “Diminuição, já que, como a gente vê na pesquisa, o número de contaminados é bem maior entre os que não tomaram o remédio”. A resposta lógica: haverá uma elevação, porque o aumento das “garantias” *esti-*

*mulará quem não fazia habitualmente sexo de risco a fazê-lo. Pílula não substitui a escolha moral: “Devo ou não correr riscos?” (AZEVEDO, 2010, grifos meus.)*

O colunista volta a tratar dessa questão em 2012 com a aprovação do Truvada como PrEP pela FDA, nos Estados Unidos. Ele enfatiza a associação entre Aids e o chamado comportamento promíscuo, definido como “a prática sexual com vários parceiros, sem restrição ou proteção”. Do mesmo modo que em 2010, embora a eficácia da pílula não esteja em questão — o colunista teria que discordar da FDA e dos ensaios clínicos para tanto, um fardo pesado demais — trata-se de uma falsa sensação de segurança vinculada a seu funcionamento. O preservativo é apontado como o principal meio de proteção, considerado “um aspecto óbvio, sempre negligenciado por grupos militantes, especialmente os de homossexuais” (AZEVEDO, 2012). Assim, a despeito da história de envolvimento do que hoje conhecemos por movimento LGBT na emergência de práticas de sexo seguro, o colunista considera que houve uma negligência por parte desses grupos. O estigma que o discurso moral sobre a chamada promiscuidade produz vincula-se, portanto, ao comportamento atribuído a essa população: um comportamento desregrado que não faria questão de utilizar do preservativo. Nessa leitura homofóbica, com a PrEP o “comportamento de risco” só aumentaria, minando toda a resposta à epidemia e tornando a pílula contraproducente.

Esse debate moral parece ter se desenvolvido sobretudo nos Estados Unidos, com a referida aprovação do uso de Truvada como PrEP por parte do FDA. Trata-se de um momento em que o método de prevenção começa a participar de maneira mais visível do cotidiano das práticas de saúde no país. Embora a pesquisa realizada não tenha se voltado para esse material norte-americano de maneira sistemática, é interessante apontar como esse debate foi reapropriado por autores brasileiros em blogs ativistas. O interesse de tal apontamento deve-se à emergência de respostas a leituras como as de Azevedo. No blog dedicado a uma discussão sobre cultura LGBT, Lado Bi, algumas publicações são dignas de nota. Como um texto em que a PrEP é qualificada como pílula revolucionária. Trata-se de uma matéria publicada no jornal New York por Tim Murphy e traduzida para o Lado Bi por Márcio Caparica. Ao longo da matéria, a PrEP é apresentada a partir da narrativa de diferentes homens gays. Chamam atenção para duas estruturas narrativas que parecem se apresentar a partir daí: uma delas vincula a afirmação mais radical da liberdade sexual que seria permitida pelo medicamento à produção de uma nova identidade, os chamados Truvada Whore; e outra que considera de maneira mais amena a separação entre sexo e medo, sendo que agora os gays poderiam exercer sua sexualidade sem qualquer pavor (MURPHY, 2014).

Se na leitura conservadora a separação entre sexo e medo levaria a um aumento no número de infecções, por conta do “comportamento desregrado de homossexuais”, aqui a mesma separação é entendida como um direito<sup>19</sup>. O direito a afirmação de uma liberdade sexual, mediada pela intervenção biomédica. E aqui retorna-se a uma discussão sobre a adesão. Ao contrário de uma negligência com as práticas de saúde e prevenção, a PrEP incorreria no oposto disso. Como outra postagem de Caparica no Lado Bi discute, a intervenção biomédica corresponde a “um programa que inclui exames trimestrais de sangue, orientação de profissionais de saúde e conscientização constante sobre DSTs” (CAPARICA, 2014). Esse sentido ampliado de adesão, portanto, rebate a moralidade homofóbica que crítica, ao mesmo tempo em que inscreve uma moralidade de cuidado com a própria saúde. Um sentido ampliado que está para além da noção do uso diário do medicamento, necessitando de toda uma infraestrutura para acesso ao cuidado de saúde. Pode-se considerar que na PrEP enquanto pílula de uso diário há muito mais do que seus compostos farmacêuticos: há materialidades e afetos.

O trabalho de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) é mais uma vez revelador, na medida em que considera como a prática científica implicada na emergência da PrEP necessita de todo um aparato para assegurar o imaginado funcionamento da pílula. A necessidade de um constante acompanhamento médico, sobretudo do estado sorológico dos participantes, não corresponde apenas a uma investigação acerca da eficácia do método preventivo, mas de sua segurança. Uma possível soroconversão, seja no grupo experimental ou de controle, carrega consigo uma relação direta com a própria materialidade do HIV. Quando algum participante tornava-se soropositivo, era necessário interromper o uso diário do Truvada e realizar uma avaliação do próprio vírus para iniciar o tratamento. Isto porque incorria-se o risco de uma mutação em que a resistência viral pode emergir. Portanto, fora do contexto experimental, numa implementação da intervenção biomédica no chamado mundo real, é possível considerar como esse mesmo aparato se faz necessário. A fim de constantemente avaliar a possibilidade de infecção, mesmo que a eficácia do medicamento já esteja estabilizada. Este seria mais um dos sentidos nos quais o significado do termo adesão não diz respeito apenas ao uso diário da pílula, mas integra toda uma complexidade de práticas e materialidades.

Se é por meio do agenciamento entre a pílula preventiva de uso diário e essas materialidades vinculadas a uma infraestrutura do sistema de saúde que a PrEP realiza sua eficácia, pode-se considerar como as moralidades da separação entre medo e sexualidade torna esse

agenciamento atravessado pelas emoções. Ao longo do trabalho, procurei descrever um clima de pânico moral e outro de otimismo em relação ao futuro. Como já deve estar evidente, entretanto, ambos momentos da epidemia são mais complexos do que os nomes das seções do trabalho indicam. Havia um otimismo e uma confiança na biomedicina, mesmo no quadro do pânico moral. Existe perseguição e condenação moral, além de posições assimétricas no campo da saúde global, no período mais marcado pelo otimismo. Ao considerar essa relação entre climas de otimismo e de pânicos morais, nos diferentes momentos descritos até aqui, a contribuição de M'charek (2014) pode ser interessante. Ao apresentar seu conceito de objeto dobrado, em um estudo que se volta para os usos do DNA mitocondrial, a autora enfatiza como certas presenças ausentes se colocam na maneira como este objeto era performado por cientistas. No caso analisado por ela, a raça figurava como uma presença ausente nas decisões tomadas por cientistas em torno desse objeto. Por mais que tenha se tentado corrigir os “erros” que a sequência de referência usada pelos cientistas carregava, não se apagou uma história racializada nas decisões tomadas nessa correção<sup>20</sup>.

O relato produzido por M'charek (2014) permite visualizar como uma história racializada é carregada pela sequência de referência utilizada por cientistas nas suas práticas cotidianas. A raça se coloca no caso considerado pela autora como uma presença ausente. Aqui a presença ausente talvez seja justamente a das pesadas assimetrias no campo da saúde global, bem como o dos diferentes afetos vinculados à epidemia de HIV/Aids. A questão do estigma importa e aqui, considerando o caráter positivo do discurso sobre as emoções, como propõem Abu-Lughod e Lutz (1990), além de Coelho e Rezende (2011), um discurso da separação entre medo e sexualidade pode recriar as temporalidades descritas. Uma performatividade é vinculada ao discurso, portanto, em que este não é responsável por fazer uma referência a uma realidade exterior e fixa, mas sim por produzir a própria realidade que agencia. Nesse sentido, me refiro a como falar de uma separação entre medo e sexualidade traz à tona certos processos que poderiam ser entendidos como ecos do passado.

Argumento que uma revolução sexual carregada pela PrEP, entretanto, não carrega ecos do passado. Se o discurso de uma separação entre sexualidade e medo é performativo, atentar aos processos e relações que constituem o HIV/Aids em sua própria materialidade é importante. Na medida em que essa materialidade desdobra-se em posições assimétricas de uma economia política da saúde global ou de uma pirâmide erótica, tal discurso pode ser entendido como algo que atualiza essas posições. Como procurei descrever ao longo do trabalho, não se trata de um momento de otimismo no qual uma desigualdade estrutural foi

superada pelos avanços da biomedicina. Embora as promessas de um futuro melhor fiquem cada vez mais concretas, as próprias desigualdades nas quais emergem as desafiam. Faz-se necessário considerar os agenciamentos que se realizam em conjunto a essa narrativa revolucionária, entrecruzando discursos de modo a evidenciar os desdobramentos históricos do HIV/Aids de uma maneira não-linear. Trata-se da tentativa de produzir uma versão da epidemia como um objeto dobrado (M'CHAREK, 2014) a partir da emergência da PrEP.

O quadro inicial do documentário *The end of HIV? The Truvada Revolution* (VICE, 2015), produzido pela revista norte-americana *Vice*, possui uma narrativa que pode ser interessante no entrecruzar dessas temporalidades. Uma bandeira de arco-íris balança ao vento, uma triste música toca ao fundo. Slides com fotos do sarcoma de kaposi, um tipo de câncer que foi muito associado à Aids, saltam à tela. Seguem-se cenas de luto e de luta, enquanto estatísticas sobre os anos iniciais da epidemia de HIV/Aids aparecem em texto. Os momentos de tristeza logo são substituídos por uma abordagem mais otimista, conforme as mensagens que dialogam com o espectador traçam um rápido histórico sobre o impacto dos antirretrovirais no enfrentamento ao HIV. As diferentes temporalidades estão aqui sobrepostas, separadas pela PrEP, mas ligadas por um decurso temporal linear. Agora, a terapia antirretroviral permite às pessoas soropositivas viver vidas mais longas e saudáveis e o uso profilático de tais drogas aponta para uma possível queda no número crescente de infecções. Antes, um cenário assustador compunha a paisagem. Agora, potentes promessas pairam no horizonte.

Certos personagens e sua relação com o Truvada e a PrEP são apresentados no documentário. Ativistas, usuários, cientistas, clínicos e outros profissionais de saúde apresentam narrativas, por vezes discordantes, acerca do uso profilático do Truvada. Em linhas gerais, o argumento é o seguinte: estaríamos assistindo a uma verdadeira revolução sexual, que pode ser atrasada por disparidades de acesso à saúde no país ou ainda por discursos moralistas envolvendo a sexualidade. Por exemplo, a fala de Kimberleigh Smith, vinculada ao centro de saúde comunitário Harlem United de Nova Iorque, no documentário é reveladora. Discutindo sobre desigualdades no acesso à saúde entre populações brancas, negras e latinas, Smith nota a dificuldade da implementação da pílula diária. Embora no argumento central do documentário estas disparidades sejam encaradas como algo que atrasaria uma verdadeira revolução sexual, entendida como o fim do HIV, considero importante levar em conta que essa revolução parece se dar mais no nível da já referida separação entre sexo e medo.

Como a PrEP emerge a partir de posições assimétricas na economia política da saúde global, a intervenção biomédica pode também ser entendida como fruto das desigualdades

no acesso à saúde. A separação entre sexo e medo que se cria num discurso de revolução sexual é muito mais localizada do que o otimismo do momento mais atual parece admitir. Essa é uma revolução que condiz muito mais com um enquadramento a partir do trabalho de Luiz Fernando Dias Duarte (1999), segundo o qual a ideologia ocidental moderna é marcada por uma tensão entre a maximização da vida e a intensificação dos prazeres do indivíduo. Com a PrEP a tensão parece aliviada, na medida em que permite a “intensificação dos prazeres” e a “maximização da vida” pela mediação da capacidade de prevenção, que libertaria as práticas sexuais deste medo. Trata-se de uma revolução que emerge a partir de complexos agenciamentos, vinculados a assimetrias na constituição dos saberes e tecnologias biomédicos. Agenciamentos que tornam não apenas numa estabilidade que parece sempre escorregadia da PrEP, mas numa estabilidade apenas aparente da própria epidemia de HIV/Aids.

### **Considerações finais**

Um enquadramento de dois momentos mais ou menos estabilizados na epidemia do HIV/Aids, embora seja criticado no presente trabalho, pode ser útil para evidenciar as mudanças desdobradas desde a década de 1980. É evidente que uma crise como aquela vivida num momento de pânico moral, que se manifestava de maneira cruel em dissidentes sexuais pode parecer algo de um passado. Entretanto, a própria narrativa revolucionária da emergência da PrEP, em que medo e sexualidade podem, enfim, ser separados, pode servir como um alerta. Na medida em que se performa uma narrativa sobre esse medo, nos termos de uma abordagem micropolítica das emoções como a proposta por Abu-Lughod e Lutz (1990), o estigma associado à epidemia mostra sua durabilidade. Como as falas de um certo Reinaldo Azevedo, mencionadas anteriormente, podem explicitar. Procurei evidenciar na seção anterior como os avanços da biomedicina não foram necessariamente acompanhados por mudanças efetivas em posições assimétricas no acesso à saúde. Essas próprias assimetrias estiveram presentes desde a emergência do HIV/Aids e, embora tenham se atualizado, continuam presentes. Desafiando, assim, a noção de dois momentos mais ou menos estabilizados na epidemia.

Descrevendo os efeitos e as condições de emergência de intervenções biomédicas no campo do HIV, procurei lançar uma reflexão crítica sobre a estabilidade dos objetos e temporalidades em questão. Não se trata de um movimento crítico que denuncia um movimento de biomedicalização como algo afastado de uma resposta mais desejável à epidemia. Trata-se de procurar reconhecer como nessa resposta uma defesa aos direitos humanos se estabeleceu e continua estabelecida num diálogo com saberes e tecnologias dessa ordem. Atentar às políticas de produção do conhecimento é uma importante tarefa. Tarefa que torna possível reco-

nhecer um processo de concretização das posições assimétricas na política do conhecimento como desigualdades no acesso à saúde que prejudicam essa resposta. Portanto, reconhece-se a importância da presença de intervenções biomédicas como a PrEP para uma resposta efetiva à epidemia. Intervenções que se manifestam a partir de complexos agenciamentos coletivos, como os que Marsha Rosengarten (2009) procura descrever.

Uma narrativa revolucionária em que intervenções biomédicas ganham uma centralidade, no limite pode levar à noção de que o fim do HIV e da Aids estão próximos, como Aggleton e Parker (2015) notam. Entretanto, como procuro descrever ao longo do trabalho, existiria muito a ser feito e os caminhos a serem tomados talvez não sejam tão claros como seria desejável. Ao procurar chamar atenção para as materialidades envolvidas na emergência da PrEP, o tema da infraestrutura que permite a emergência de promessas como esta vem à tona. Infraestruturas que devem ser entendidas como fundamentais numa resposta ao HIV/Aids, por tornarem possível o acesso aos agenciamentos de intervenções biomédicas que permitem que certo otimismo esteja presente. No caso da PrEP procurei chamar atenção para como a questão da adesão encontra-se para muito além do uso diário do medicamento: está vinculada a um regime de escrutínio do corpo mais amplo e frequente. Em tal regime, composto por exames frequentes que a pessoa que faz uso de PrEP deve realizar, a necessidade de infraestruturas básicas não pode ser negada.

O que procurei ao longo do ensaio foi produzir uma narrativa da PrEP em que os afetos e as materialidades associados a sua emergência dobrassem o tempo na história do HIV/Aids. Espero que a proposta analítica do presente ensaio tenha chamado atenção para a necessidade de considerar as mudanças sentidas na resposta à epidemia sem reificar diferentes versões de passado, presente ou futuro. Antes de ser uma narrativa linear, trata-se de uma tentativa de reconhecer como otimismo, biomedicina, pânico moral e doença estão, ao mesmo tempo, presentes e ausentes (M'CHAREK, 2014) na emergência de novas promessas biomédicas. Talvez considerar que a epidemia de HIV/Aids nunca esteve estabilizada, independente do momento histórico ou clima político, seja uma chave analítica relevante para abordagens antropológicas sobre as mudanças sentidas neste campo. Cabe reconhecer que mudanças são essas que o chamado processo de biomedicalização carrega.

## Notas

1. A disciplina foi ministrada pela professora Ceres VÍctora e o presente artigo constitui também o trabalho proposto



para o término de seu curso. Trata-se de uma disciplina oferecida pela primeira vez pelo PPGAS da UFRGS e que teve como objetivo explorar o campo das emoções a partir de uma abordagem antropológica, considerando diferentes inflexões teórico-metodológicas.

2. Este trabalho não tem a pretensão de propor uma revisão extensa acerca da produção em antropologia, ou outras ciências sociais, sobre HIV/Aids. A literatura acessada e com a qual trabalho aqui constitui parte de uma extensa linha de pesquisa, dada a urgência despontada desde a emergência da epidemia. Nesse sentido, trabalhos como o de Maria Teresa Citeli, que explora a pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil, trazem um importante levantamento dessa trajetória no país (CITELI, 2005).

3. “Em Kentucky, Harry compra uma rodada de cervejas/Para celebrar a morte de Billy Smith, a bixa,/Cuja mãe ainda deve esconder o rosto com medo/Não conversemos sobre desespero/Você que mistura as palavras de tortura, suicídio e morte/Com uísque e refri no bar/ Somos todos pessoas de bem, não é mesmo?/Mas não há mais tempo sobrando para falar/Não conversemos sobre desespero” (tradução minha)

4. Apesar da importância do ativismo da Aids, e embora em muitos momentos desse trabalho eu venha a tratar do assunto, este não corresponde ao enfoque do presente artigo. Procuo me aproximar do que Anemarie Mol (2002) chama de uma *politics of what*, em contraponto a uma *politics of who*. Trata-se de uma tentativa de reconhecimento crítico do caráter performativo e múltiplo das materialidades, mais do que fazer referência a identidades dos grupos mobilizados. Procuo tratar o caráter identitário com suspeitas similares aquelas de Judith Butler (2014) em sua crítica a uma ideia de um sujeito universal do feminismo, na medida em que se manifestam normatividades excludentes. De modo que optei por me afastar de um tratamento da questão ativista a partir de uma abordagem da antropologia das emoções, como Siqueira e Victora (2017) realizam sobre o caso do incêndio da Boate Kiss em Santa Maria. O trabalho das autoras têm como enfoque privilegiado os processos emocionais corporificados em reivindicações de movimentos sociais neste contexto, fugindo da proposta do presente trabalho.

5. É importante ter em mente a diferença entre HIV e Aids, na medida em que a noção de viver com HIV/Aids não necessariamente esteve vinculada à descoberta da etiologia da síndrome, ou mesmo das posteriores frentes terapêuticas, pautadas em antirretrovirais, que daí se desdobram. O trabalho de Steven Epstein (1996), traz uma boa apreciação das políticas do conhecimento em que a etiologia, ou a causação da Aids, emerge.

6. Cabe notar, esse processo de profissionalização ativista, em que o ativismo da Aids teria se tornado um ativismo de leigos-especialistas, não se deu de maneira distribuída entre as populações afetadas pela epidemia ou engajadas nessa luta. Epstein (1996) descreve como foi sobretudo a população de homens gays, com certo poder aquisitivo e alguma visibilidade política, que efetivamente exerciam tal pressão política. Além disso, o quadro descrito até aqui tem considerado a especificidade dessa epidemia de HIV/Aids que emerge, fosse nos Estados Unidos ou no Brasil, muito vinculada às lutas de dissidentes sexuais, do que hoje conhecemos por movimento LGBT. Outros trabalhos, como o de Knauth e colegas (1998), exploram a maneira pela qual viver com HIV e Aids se dá de uma maneira diferenciada. As autoras chamam atenção para um processo de “banalização da Aids”, em contextos nos quais a desigualdade no acesso à saúde torna certas populações mais vulneráveis, inscrevendo a Aids não numa narrativa de crise ou pânico, mas sim como parte de uma lógica do cotidiano, do banal.

7. Embora eu utilize o trabalho de Rosengarten (2009), neste momento, para me referir às práticas de sexo seguro e prevenção, devo evidenciar que o trabalho da autora não se restringe apenas a esse objeto. O que ela procura discutir são os agenciamentos entre “carne” e “informação”, presentes nas intervenções biomédicas que não apenas tratam ou previnem o HIV, mas num processo relacional definem materialidades na resposta ao HIV/Aids.

8. Prática considerada de maior risco, levando-se em conta a associação entre saberes da epidemiologia e da biomedicina. Nesse sentido, o lugar de especial atenção que a penetração anal ocupa nessas negociações, e em particular o

peso imputado ao parceiro receptivo, já passa por esse diálogo com saberes tecnocientíficos.

9. Mais uma vez a contribuição de Knauth e colegas (1998) é importante, na medida em que permite atentar como outras maneiras de vivenciar a epidemia tornaram-se possíveis e estiveram muito vinculadas à vulnerabilidade de certas populações.

10. A crítica dos autores refere-se a processos globais em que as taxas são consideradas. Para se ter uma noção da questão da epidemia de HIV/Aids no Brasil, a partir de dados epidemiológicos é possível recorrer ao Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, organizado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Cabe notar entretanto que os dados produzidos, longe de apontar uma homogeneidade da epidemia no país, apontam para diferentes contextos vivenciados conforme região ou unidade federativa.

11. No dia 29 de maio de 2017 é publicada no Diário Oficial da União a decisão de incorporação da PrEP como parte da política de prevenção é tomada. Em até 180 dias da data de sua publicação, a combinação TDF-FTC será oferecida pelo SUS, às populações consideradas “sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana”(BRASIL, 2017).

12. A metáfora do rumor, apesar de limitada por fazer referência a algo que estaria oposto a uma ideia de realidade fixa ou verdade última, foi útil na escrita do trabalho. Na medida em que grande parte do material tratava sobre especulações de uma intervenção biomédica que ainda não participava de maneira contundente do cotidiano, sobretudo a partir de leituras publicadas em sites de notícias. Recomenda-se, nesse sentido, que tal metáfora não seja tratada como algo em contraposição às evidências biomédicas produzidas em ensaios clínicos de grande escala.

13. Contextualizar e interpretar os efeitos vinculados a materiais de ordem documental faz parte do esforço etnográfico com documentos. Nesse sentido, espera-se que o relato produzido tenha dado conta de tornar evidente as escolhas tomadas pelo pesquisador na seleção do material, ao mesmo tempo em que evidencia os processos sociais vinculados à circulação de rumores e evidências biomédicas. Tal postura seria fundamental a um tratamento etnográfico de documentos, como evidenciado por autoras como Olívia Maria Gomes da Cunha (2004) e Mary Des Chene (1997).

14. Por exemplo, o Iniciativa Profilaxis Pre-Exposición (iPrEx), que costuma ser descrito como um ensaio clínico pioneiro nas investigações sobre segurança e eficácia da PrEP, teve como um dos seus sítios de atuação o Brasil. O projeto financiado pelo National Institutes of Health (NIH) e pela Bill e Melinda Gates Foundation, embora seja mencionado pelas reportagens publicadas em sites nacionais, dificilmente tem a sua participação no país divulgada. Em reportagens publicadas no site do Jornal Estado de São Paulo, essa tendência geral é diferente. Como o exemplo de Thomé e Gonçalves (2010) que descrevem a experiência brasileira a partir de falas de especialistas envolvidos com o ensaio clínico, ou ainda Cimeri (2008) que relata de maneira breve o início das pesquisas do iPrEx no Brasil.

15. Por enquanto o enfoque da discussão será voltado à questão da eficácia. O perfil de segurança das drogas candidatas à PrEP já era bem conhecido de antemão, facilitando as práticas de pesquisa. Tais drogas já eram consideradas seguras para o tratamento da infecção pelo HIV.

16. O iPrEx ocorreu no Peru, Equador, África do Sul, Brasil, Tailândia e Estados Unidos, sendo financiado pelo NIH e pela Bill e Melinda Gates Foundation. O Partners Preexposure Prophylaxis (Partners PrEP) ocorreu no Quênia e na Uganda e teve financiamento da Bill e Melinda Gates Foundation. O TDF-2 ocorreu na Botsuana, sendo financiado pelo NIH e pelo Center of Disease Control (CDC) dos Estados Unidos.

17. O *Preexposure Prophylaxis Trial for HIV Prevention among African Women* (FEM-PrEP) ocorreu no Quênia, na África do Sul e na Tanzânia tendo apoio da *U.S. Agency for International Development*. O *Vaginal and Oral Interventions to Control the Epidemic* (VOICE) na África do Sul, na Uganda e em Zimbabwe, sendo financiado pelo NIH.

18. Concluindo, a profilaxia com TDF-FTC não reduziu a taxa de infecção pelo HIV e esteve associada com uma

taxa aumentada de efeitos colaterais, se comparada com o placebo. Contudo, fomos incapazes de avaliar com precisão o efeito do TDF-FTC na aquisição do HIV ou segurança devido a uma baixa adesão à droga em estudo, o que pode ser um indicativo de que um regime de uso diário de pílulas pode ser difícil a algumas populações” (tradução minha, grifos meus).

19. Mais uma vez, gostaria de fazer menção a certa inflexão identitária entre a homossexualidade masculina e a epidemia de HIV/Aids. Inflexão complexa na medida em que lida com leituras homofóbicas e estigmatizante, com a reapropriação positiva de uma resposta ativista muito marcada pelo homem gay e, no caso da PrEP-experimental, pelo pioneirismo do estudo do iPrEx em produzir evidências sobre eficácia da intervenção biomédica entre HSH. Como Michael e Rosengarten (2013) notam, antes do iPrEx ser realizado em 2007, outros ensaios foram realizados, com nem tanto sucesso. Tais ensaios incluíam sobretudo trabalhadoras do sexo em Camarões e no Camboja e foram encerrados por conta de violações éticas entre 2004 e 2005.

20. Na narrativa apresentada por Amade M'charek (2014), a autora analisa o que chama de “HeLa Error”, que diz respeito aos processos de edição da sequência genética de referência utilizada por cientistas que trabalham com a questão do DNA mitocondrial. Nas diferentes temporalidades acessadas pela autora, procura se deixar evidente a maneira pela qual a referência em questão pode ser entendida enquanto um retrato de uma natureza autoevidente, ou enquanto uma colagem de diferentes elementos ou ainda uma montagem em que posições políticas emergem. Em se tratando destas duas últimas metáforas que a autora utiliza, o “HeLa Error” é apresentado. A noção da sequência de referência enquanto um retrato de uma natureza “lá fora” é contestada pela colagem e pela montagem do DNA mitocondrial. Na colagem, é analisada a maneira pela qual diferentes elementos foram associados para produzir uma sequência genética de referência: material placentário, material de origem bovina e as células de Henrietta Lacks. O material de Henrietta Lacks, uma mulher negra que foi paciente de câncer nos Estados Unidos, compõe as chamadas “células HeLa” que foram utilizadas na colagem descrita pela autora e que dão nome ao erro corrigido no processo de montagem. A montagem da nova sequência genética passa por processos de correção: as diferenças genéticas entre humanos e bovinos são adequadas, o material provindo das placentas permanece e os marcadores genéticos utilizados para classificação racial mudam. O DNA mitocondrial é “corrigido” para se tornar branco. Outros “erros” vinculados à sequência de referência original não foram modificados, como um pequeno erro onde se repete uma mesma letra C duas vezes. M'charek considera como esse duplo C pode nos contar sobre essa história em que se procurou “corrigir a raça” de uma sequência genética.

## Referências

ABU-LUGHOD, Lila.; LUTZ, Catherine. *Language and the Politics of Emotion*. New York. Cambridge University Press, 1990.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. *Estudo PreP Brasil chega a Porto Alegre (RS)*. 2015. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia\\_detalhe/23965](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/23965)>. Acesso em 9 set. 2016.

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *American Journal of Public Health*, v. 105, n.º. 8, pp.

1552-1558, 2015.

AZEVEDO, Reinaldo. Cegados pela luz! Ou: demasiadamente humano. Blog do Reinaldo Azevedo, Veja, 2010. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/cegados-pela-luz-ou-demasiadamente-humano/>> Acesso em: 1 ago. 2016.

AZEVEDO, Reinaldo. O “Truvada”, a AIDS e a lógica. Ou: Um remédio de combate à AIDS que pode induzir uma elevação dos casos de contaminação. Blog do Reinaldo Azevedo, Veja, 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/o-%E2%80%9Ctru-vada%E2%80%9D-a-aids-e-a-logica-ou-um-remedio-de-combate-a-aids-que-pode-induzir-uma-elevacao-dos-casos-de-contaminacao/>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

BAETEN, Jared. M., et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N. Engl. J. Med.*, 367: 399-410, 2012.

BRASIL. Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de maio de 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=73&data=29/05/2017>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CAPARICA, Márcio. Por que Aids não é doença de gay e por que camisinha não é mais a única proteção. Lado Bi, 2014. Disponível em: <<http://ladobi.uol.com.br/2014/07/prep-novo-comportamento-sexo/>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

CITELI, Maria Teresa. *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica*. Rio de Janeiro : CEPESC, 2005.

COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Claudia Barcellos. Introdução. O campo da antropologia das emoções. In: COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Claudia Barcellos. (Orgs.). *Cultura e sentimentos: ensaios em antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2011.

CORREA, Salvador; VILLARDI, Pedro. *Nova prevenção ao HIV: a um passo!*. Flsh, 2017. Disponível em: <<http://flsh.com.br/nova-prevencao-ao-hiv-a-um-passo/>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Tempo Imperfeito: uma etnografia do arquivo. *Mana*, Rio de Janeiro, 10(2): 287-322. 2004.

DES CHENE, Mary. "Locating the past". In: GUPTA, Akhil; FERGUSON James. (Orgs.). *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley: University of California Press, 1997.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade, sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. *Sexualidade. O olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar. p.21-30.

EPSTEIN, Steven. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California, 1996.

FACCHINI, Regina. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FOX, Maggie. *Pílula diária ajuda a impedir infecção por HIV em homens*. G1, 2010. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2010/11/pilula-diaria-ajuda-a-impedir-infeccao-por-hiv-em-homens.html>>. Acesso em: 1 ago. 2016.

FRANCE PRESSE. *Antirretrovirais reduzem risco de infecção por HIV entre homens homossexuais*. G1, 2010. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2010/11/antirretrovirais-reduzem-risco-de-infeccao-por-hiv-entre-homens-homossexuais.html>>. Acesso em: 1 ago. 2016.

FRANCE PRESSE. *Eficácia dos antirretrovirais aumenta na prevenção à Aids*. G1, 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/07/eficacia-dos-antirretrovirais-aumenta-na-prevencao-a-aids.html>>. Acesso em: 1 ago. 2016.

GRANT, Robert M., *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N. Engl J Med.*, 363:2587–2599, 2010.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp. 1995, pp.7-41.

KNAUTH, Daniela Riva; VÍCTORA, Ceres Gomes; LEAL, Ondina Fachel. A banalização da Aids. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro, Ed. 34. 1994.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.

LATOUR, Bruno. WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

MARRAZZO, Jeanne. M. *et al.* Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med*, 372:509-518, 2015.

M'CHAREK, Amade. Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error. *Theory, Culture & Society*, November, vol. 31 no. 6 29-56, 2014.

MICHAEL, Mike; ROSENGARTEN, Marsha. *Innovation and biomedicine: ethics, evidence and expectation in HIV*. Palgrave Macmillan, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016> (último acesso 11/11/2017).

MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press, 2002.

MURPHY, Tim. *Sexo sem medo: como o Truvada pode revolucionar a vida gay e reavivar velhas discussões*. Lado Bi, 2014. Disponível em: <http://ladobi.uol.com.br/2014/07/sexo-sem-medo-truvada-prep/> Acesso em: 19 ago. 2016.

ROSENGARTEN, Marsha. *HIV Interventions: biomedicine and the traffic between information and flesh*. Seattle: University of Washington Press. 2009.

RUBIN, Gayle. Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: PARKER, Richard; AGGLETON, Peter (Orgs.). *Culture, Society and Sexuality: A reader*. New York/London: Routledge, 2007.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (Org.). *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA. 2016.

SIQUEIRA, Monalisa Dias de; VICTORA, Ceres. O corpo no espaço público: Emoções e processos reivindicatórios no contexto da “Tragédia de Santa Maria”. *Sex., Salud Soc.*, Rio de Janeiro, n.25, pp.166-190, 2017.

STADLER, Jonathan *et al.* Adherence and The Lie in a HIV Prevention Clinical Trial, *Medical Anthropology*. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2015.1116528>. Acesso em: 20 nov. 2016.

THIGPEN, Michael. C. *et al.* Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med*; 367:423-434, 2012.

THOMÉ, Clarissa; GONÇALVES, Alexandre. Pílula de uso diário reduz em 72,8% contaminação pelo vírus da aids. 2010. Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,pilula-de-uso-diario-reduz-em-72-8-contaminacao-pelo-virus-da-aids-imp-644433>> Acesso em: 01 ago. 2016.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com AIDS”. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n.17, 179-210, 2002.

VAN DAMME Lut, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med*, 367:411-422, 2012.

Stopping HIV? The Truvada Revolution. Produção de Eric Leven. Vice. 26 jun. 2015. 27 min.: son, color. Documentário. Disponível em: <[https://video.vice.com/pt\\_br/video/the-end-of-hiv-the-truvada-revolution/559fe0f6884e6b677d5e2b5a](https://video.vice.com/pt_br/video/the-end-of-hiv-the-truvada-revolution/559fe0f6884e6b677d5e2b5a)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

WOOLFE, Zachary. Diamanda Galás Delves Into Darkness, Revisiting 8 Haunting Tracks. *New York Times*. 2017. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2017/04/18/arts/music/diamanda-galas-key-tracks.html>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

## **Biomedicalization of the HIV/Aids response and the case of the emergence of PrEP: an essay on crossed temporalities**

### **Abstract**

The present work aims to propose an essay on different temporalities that can be associated with the response to HIV / AIDS. These different temporalities have unfolded from the centrality that biomedical interventions begin to take, in a process that has been described as the biomedicalization of such response. A moment of greater drama, marked by a heavy moral panic in the politics of sexuality, would have given rise to one of greater optimism, in which biomedical promises have emerged in an increasingly concrete way. In order to account for these temporalities and to seek to intertwine them, I proceed from a poststructuralist approach to produce a narrative that goes through both the contributions of an anthropology of science and those of an anthropology of emotions. Taking in particular a feminist critique of materiality, the expected interpretive movement is that of a description of complex arrangements in which the stability of HIV / AIDS and its interventions may be placed under suspicion. The proposal here is to describe each of these distinct moments, drawing attention to the performative character of such temporalities in the (co) production of knowledge. I also seek to explore these temporalities from an ethnographic research on the emergence of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) as a promising biomedical intervention in the field of HIV prevention. Finally, there is an attempt to present a narrative in which the stories carried by HIV and its interventions are not linear. Calling attention to how the framework of proposed temporalities, while useful, fails to realize advances and challenges. Whether in terms of the affects that hang under a highly stigmatizing epidemic, or in terms of the infrastructure needed to respond to this epidemic.

**Key words:** Biomedicalization, HIV/Aids, moral panic, Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP).

Recebido em 29 de julho de 2017.

Aceito em 16 de abril de 2018.



## Relatos sobre suicídio e vozes: um estudo etnográfico

Sílvia Monnerat

Escola de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas - RJ  
silviamonnerat@yahoo.com.br

### RESUMO

Fruto de trabalho etnográfico realizado entre 2008 e 2014 em dois serviços de atenção à saúde mental (um público e outro particular), localizados no estado do Rio de Janeiro, este artigo analisa diferentes fontes, orais e escritas, como: prontuários, entrevistas em profundidade, conversas informais e anotações em caderno de campo provenientes da observação participante, e estabelece uma discussão sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes. Partindo de relatos de pacientes, familiares e técnicos dos dois serviços, o estudo aponta para a dimensão social inscrita em vivências relacionadas ao sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Etnografia, Saúde mental, Loucura, Suicídio e Vozes

### Introdução

Resultado de pesquisa etnográfica realizada entre os anos de 2008 e 2014 em dois serviços de atenção à saúde mental, um público e outro particular, localizados no estado do Rio de Janeiro, este artigo analisa relatos (orais e escritos) de pacientes, familiares e técnicos dos dois serviços, sobre *suicídio* e sobre a experiência de *ouvir vozes*<sup>1</sup>. O interesse em desenvolver tal estudo se originou da observação de que os relatos de diferentes agentes se apresentavam de maneiras qualitativamente distintas em campo.

Ao iniciar o trabalho etnográfico nas duas instituições, fiz a escolha de olhar os prontuários dos pacientes depois de conhecê-los pessoalmente. Assim, quando me dediquei à

leitura de seus prontuários, já conhecia as pessoas sobre as quais esses documentos versavam e foi surpreendente a discrepância entre a forma como meus interlocutores se apresentaram (e, portanto, a forma como eu construí minhas primeiras impressões sobre eles) e as informações sobre os mesmos em seus prontuários.

Durante os anos em que realizei trabalho de campo, observei pacientes falando abertamente sobre suas rotinas, sonhos, relações familiares e de amizade, atividades individuais e coletivas, episódios do passado, concepções sobre si e sobre os outros; em seus prontuários, no entanto, vigoravam versões sobre estes indivíduos que os congelavam em eventos e/ou situações traumáticas, em sintomas articulados a diagnósticos que acabavam por dar materialidade a uma história oficial sobre o paciente. Em trabalho anterior (MONNERAT, 2014), analisei o caso de um paciente do serviço público que foi acusado de “se esconder atrás do álibi de doente mental”. Essa acusação partia de técnicos e de outros pacientes que acreditavam que ele era um vagabundo, vivendo problemas com a lei e que não estava doente. O questionamento sobre o diagnóstico desse rapaz passava pela argumentação de que ele nunca tinha ouvido vozes e que se recusava a fazer uso dos psicotrópicos receitados. Percebe-se, assim, a dimensão que determinados sintomas ganhavam em campo, se mostrando como determinantes para a construção de identidades. Quando este paciente começou a apresentar mania persecutória e alucinações auditivas, os técnicos mudaram sua percepção sobre ele e passaram a identificá-lo como portador de sofrimento psíquico e não mais como alguém que queria se aproveitar dos recursos disponíveis no serviço para fugir de uma condenação legal.

Ainda que os técnicos dos dois serviços, em seus discursos (in)formais, enfatizassem que o diagnóstico não era fator primordial no tratamento; observei que, nos prontuários e nas interações cotidianas, referências sintomáticas e diagnósticas eram utilizadas e adquiriam lugar de destaque nesses espaços de discurso. Uma paciente que realizava tratamento no serviço público chegou, certa vez, gritando, muito exaltada, apresentando o que foi rapidamente traduzido como mania persecutória. Nesta ocasião uma técnica enfatizou que estávamos observando o início de uma crise psicótica da paciente, já que sua medicação injetável estava atrasada. A técnica finalizou afirmando que, quando medicada, “voltaria ao normal em três dias”. Enfatizando, assim, a importância que a medicação assumia no tratamento e demonstrando que determinados comportamentos e formas de interação, considerados como inapropriados, poderiam ser associados a sintomas psicóticos e resultar em uma busca ativa para suprimi-los, pela via medicamentosa.

## Suicídio

O interesse em estudar possíveis relações entre suicídio e doença mental cresceu após um acontecimento vivenciado em campo: um paciente do serviço particular me relatou seus planos para acabar com a vida. Essa foi a primeira vez que alguém compartilhava comigo o desejo profundo de se matar. Dentre outros sentimentos, esse episódio desencadeou a necessidade premente de refletir sobre essa temática.

Este rapaz de 22 anos, recém-chegado de intercâmbio em Lisboa (onde estudou engenharia), começou a frequentar a instituição de atenção à saúde mental particular com o diagnóstico de depressão e suspeita de esquizofrenia. Poucos meses após seu ingresso, ele me contou sobre problemas de relacionamento e sobre dificuldades em estabelecer vínculos afetivos durante os seis meses em que esteve no exterior. Esta experiência, segundo ele, teria sido responsável pelo desenvolvimento de seu quadro depressivo. Ainda em Portugal iniciou tratamento psiquiátrico, tendo sido medicado com anti-depressivos. Ao chegar de volta ao Brasil, sua mãe e seu irmão o chamavam de “fraco” por usar medicação psiquiátrica. Contou também sobre uma festa que teria ido, no Brasil, com amigos da faculdade, onde dançou forró com uma colega e constatou que suava muito (principalmente nas mãos), ele atribuiu a sudorese ao nojo que achava que as meninas sentiam dele. Ele nunca havia namorado e falou de sua insatisfação com seus amigos de faculdade (que o acompanhavam na festa) que o pressionavam para que ele se relacionasse amorosamente com garotas, o que sua insegurança em relação a elas não permitia. Contou que após a festa passou a pensar em se matar e que já teria um plano para colocar em prática. Em seu discurso apareceram referências a um sentimento de inadequação, a não se sentir confortável com os outros e da existência de um sentimento de inferioridade, o que, segundo ele, dificultaria sua capacidade de estabelecer relações com as pessoas. Ele relacionava seu sofrimento à dificuldade de interação e considerava-o de âmbito relacional, enquanto seus familiares o creditavam a uma fraqueza individual.

Paralelamente a este acontecimento, eu realizava consultas aos prontuários dos pacientes das duas instituições, sempre transcrevendo anotações relacionadas ao suicídio. Observei que as tentativas que não levaram a óbito, assim como a culpa e/ou o trauma ocasionado pela morte voluntária de alguém próximo, ganhavam destaque nos prontuários. A marca deixada pelo suicídio de algum ente querido aparecia como explicação para o desencadeamento da doença mental e a tentativa de se matar indicava sintoma da mesma doença. Um paciente do serviço de atenção à saúde mental particular, por exemplo, tinha em seu prontuário muitas

referências ao fato da sua irmã ter se matado e dele ter visto o corpo dela, logo após o suicídio. Ele, no entanto, nunca falou a respeito do assunto. Ele era um paciente com quem eu conversava muito e que demandou, inclusive, uma entrevista individual comigo. Nessa conversa falou sobre questões pessoais, sobre sua origem familiar, sobre sua relação com o álcool e outras drogas, sobre vozes que escutava, sobre a relação com sua médica, com sua família e com o serviço. Enfim, falou bastante de si, relatou crises, falou sobre o estigma que sofria e como lidava com o sofrimento psíquico, mas não mencionou o suicídio da irmã. Também não o questionei a respeito, mas este silêncio levantou em mim reflexões metodológicas relacionadas às distintas percepções que podemos ter sobre uma mesma pessoa. Se eu não tivesse tido acesso ao seu prontuário essa provavelmente seria uma informação que eu não ia ter sobre esse paciente, não perguntei e deixei que ele próprio conduzisse a narrativa, construindo naquele espaço de interação a sua versão oficial de si.

Ainda que eu tenha procurado me afastar da busca de origens, causas e determinações nas minhas interações com os pacientes, a associação entre doença mental e tendência ao suicídio apareceu com bastante força. Esta perspectiva vem sendo historicamente estabelecida pelo saber médico e por pesquisadores do assunto. Jean-Étienne Esquirol (1838, p. 639), discípulo de Pinel que cunhou o termo alucinação, sustentava que o “suicídio possui todas as características das alienações mentais” e que o “homem só atenta contra a própria vida quando está mergulhado no delírio; logo, os suicidas são alienados” (ESQUIROL, 1838, p. 665), perspectiva esta que atravessou séculos, chegando até os dias atuais como argumento de grande força.

Ao tentar analisar diferentes percepções sobre as origens das doenças mentais, partindo das minhas interações em campo, observei a prevalência de duas vertentes interpretativas. A primeira relacionava loucura à hereditariedade e, portanto, a critérios biológicos e genéticos. A outra articulava loucura à exposição a determinadas circunstâncias ambientais e sociais, tais como relações sociais e/ou familiares conflituosas, traumatizantes ou simbióticas. Em um contexto, como o estudado, em que a saúde mental era entendida dentro da lógica psicossocial, estas duas percepções não são excludentes, pelo contrário, no discurso de meus interlocutores as duas eram recorrentemente acionadas. A associação entre estas duas perspectivas, remete a percepção das doenças mentais como perturbações físico-morais<sup>2</sup>, tal como foi proposto por Luiz Fernando Dias Duarte, ao recorrer à “antiga tradição médico-filosófica [que] dispunha da expressão físico-moral como qualificação das perturbações que justamente se construíram sobre a articulação entre os dois planos, considerados constitutivos da pessoa”

(DUARTE, 1994, p. 83), isto é, a mente e o corpo.

Durante a realização do trabalho etnográfico foi possível perceber como essa articulação está presente também no discurso de familiares e técnicos dos dois serviços. Em um prontuário do serviço particular, lê-se: “já tentou o suicídio [...]. Ela coloca que se ela fosse uma pessoa tão normal, como os familiares dizem, ela não teria tentado o suicídio seis vezes”. Em outra situação, a mãe de um paciente do mesmo serviço me contou que ocorreram muitos casos de suicídio em sua família: irmãos se mataram, tias por parte de pai do paciente tiveram filhos que se mataram e uma tia também já tentou fazê-lo. Contou ainda que seu marido, pai do paciente, também era *esquizofrênico*<sup>3</sup> e que, por ordem médica, sua casa era toda gradeada, para evitar que o filho tentasse o suicídio, já que, segundo ela, o suicídio seria indício de doença mental. Sobre a fala dessa mãe, é interessante atentar que, para além da aproximação entre suicídio e doença mental, também vigora a ideia, comum ao saber médico, de que as doenças mentais teriam origens genéticas. Assim, ter familiares suicidas aumentaria a probabilidade de que seu filho também viesse a manifestar tal desejo, enfatizando uma perspectiva biologizante e determinista, muito presente nos relatos de técnicos, familiares e pacientes dos dois serviços.

Destaco, também, o fato de nenhum paciente do serviço público e apenas dois pacientes do serviço particular terem falado abertamente comigo sobre suicídio: o rapaz, anteriormente citado e um senhor que logo nos primeiros meses em campo, me falou: “Sou suicida!” e me contou rapidamente sobre um episódio em que se jogou nos trilhos do metrô. Este paciente, como uma apresentação de si, em uma sala repleta de pessoas, falou que era suicida e foi rapidamente interrompido por outra paciente que o censurou e disse para não falar algo tão pessoal em público. Na mesma hora ele se calou, evidenciando aquilo que, nos termos propostos por Maria Luiza Dias, parece se relacionar com

o tabu imposto ao falar da morte [que] repercute sobre o suicida, impedindo de se comunicar abertamente sobre seus motivos – o que, de um lado, impossibilita a ajuda social na superação de seus impasses, se for o caso, e, de outro lado, contribui para a constituição de um grande enigma em torno do tema (DIAS, 1994, p. 38).

Este paciente retomou a narrativa sobre o mesmo acontecimento meses depois, em uma conversa particular comigo. Devo destacar que ele não acrescentou muitas informações às anteriormente dadas, o que me fez refletir sobre os significados inscritos nos silêncios e nas falas sobre o suicídio. Refletindo sobre isso, me deparei com questões metodológicas relacio-

nadas à dificuldade de trazer para a fala lembranças de um acontecimento que está associado a momentos de intenso sofrimento emocional. Como agir, então, diante dessas falas e desses silêncios? Ouvir as falas espontâneas, respeitar os silêncios e acolhê-los? Até que ponto pode-se forçar o outro a falar sobre algo tão íntimo? Forçar a fala do paciente sobre assuntos delicados não seria reforçar e legitimar estereótipos, diagnósticos ou buscar uma comprovação dos sintomas e instituir uma possível causa?

Essas questões me assombraram durante todo trabalho etnográfico. Eu estava inserida em um contexto social em que me relacionava com pessoas que eram entendidas (e se entendiam) como portadoras de um intenso sofrimento psíquico, diagnosticadas com uma doença traduzida por técnicos e familiares como uma doença emocional, exatamente por considerarem que possuem uma extrema dificuldade em lidar com suas emoções e sentimentos. Segundo fala atribuída a um paciente em seu prontuário: “Loucura é a dificuldade de se expressar”. Como, então, trabalhar com os silêncios e com as falas dos pacientes sobre fatos que eram considerados como *divisores de águas* em suas vidas?

## Vozes

Deixando um pouco de lado as angústias metodológicas e voltando para a análise do material etnográfico, gostaria de iniciar esse tópico retomando a discussão sobre suicídio e destacando algumas situações em que a *ideação suicida* me era explicada, não como oriunda do desejo individual, mas como fruto de vozes. Enquanto familiares e técnicos referenciavam o desejo de se matar ao indivíduo, os próprios sujeitos podiam interpretá-los como proveniente de vozes (internas ou externas) que escutavam.

Em certa ocasião presenciei uma paciente – que tinha em seu prontuário a seguinte anotação: “Aos 15 anos G. foi internada [...] tinha surtos nervosos, segundo sua irmã ‘Na casa dos meus pais, G. fumava muito e tinha desejos de se matar’” – falando que escutava recorrentemente xingamentos e ameaças de que iria morrer em breve. Segundo ela, sempre que ouvia essas vozes, respondia dizendo que isso não ia acontecer. Ao descrever essa estratégia, outro paciente contou que fazia o mesmo, também buscava travar um diálogo com a voz que escutava. Interessante observar que, enquanto, em seu prontuário, constava a afirmação da irmã de que a paciente desejava se matar, nas interações que tive com a mesma, ela me dizia que essa não era sua vontade, mas sim das vozes que escutava.

Entre os pacientes das duas instituições, observei relatos sobre vozes ameaçadoras relacionadas à morte. Como estratégia para lidar com elas, alguns pacientes procuravam di-

álgar com essas vozes, mas, em alguns casos, essa estratégia não era bem sucedida, como foi sublinhado no prontuário de um paciente do serviço particular, que teria dito “que tem ouvido vozes dizendo que vai morrer em breve. Disse-me [a um estagiário] que está tentando não dar muita bola para elas, mas que no fundo acredita mesmo nisso”.

Ainda que muitos procurassem estabelecer um diálogo com as vozes, um paciente, ao ser perguntado se respondia a elas, me disse: “não sou maluco!”. Em entrevista, outro paciente disse: “Eles são mais fortes que eu. A única coisa que eu dou pra eles é o meu silêncio” e “eles querem que eu saia daqui [da instituição]”. Diante da pergunta: “eles falam isso pra você?”, ele me respondeu: “não falam, mas colocam caminhão de mudança aqui em frente. Falam que eu devo deixar de fazer tratamento”. Ao ser perguntado se ele respondia a eles, o paciente exclamou: “Não, não sou doido! A médica orienta a não dar ouvido a eles, a não sair daqui, não beber, tomar o remédio direitinho”.

Durante o trabalho de campo, verifiquei uma diversidade de descrições sobre a experiência de ouvir vozes: A irmã de uma paciente do serviço público disse em entrevista: “Ela desde que nasceu tinha esse problema no ouvido, na época dizia que era como uma agulha entrando no ouvido [...]. Aí a gente colocava remédio no ouvido, procurava remédio para o ouvido e nunca tratamento pra cabeça”; segundo descrição de um prontuário: “parece que entra um bicho dentro de sua cabeça, relata que as vezes fica aéreo e que ouve vozes que o deixa confuso”; outra paciente, também do serviço público, relatou ouvir a voz de sua irmã, já falecida; outros relatos remetiam essas vozes à frequências de rádio ou TV; no caso de uma paciente do serviço particular, um aparelho de rádio havia sido colocado em sua casa por seu irmão militar, este aparelho possibilitava que ele e outras pessoas se comunicassem com ela. Foi observado também, o estabelecimento de uma aproximação entre a experiência de ouvir vozes e forças espirituais. A irmã de um paciente do serviço público, ao conversar comigo sobre a doença de seu irmão, fez referência a uma possessão sofrida por ele, que teria culminado na ida a um centro para tratamentos espirituais. Uma paciente do serviço particular se referia constantemente às vozes escutadas como oriundas do obsessor. Ela disse que no período da noite não respondia às vozes, como fazia durante o dia, pois se o fizesse, Ele ficaria mais tempo falando com ela. As vozes diziam que ela ia morrer e que nunca iriam deixá-la em paz, pois eram “da parte do Diabo”. Ao escutar esse depoimento, outro paciente disse para ela procurar um Centro Espírita, pois assim conseguiria controlar as vozes.

Devo salientar ainda, no que tange as diferentes possibilidades de significação sobre as

experiências de ouvir vozes, que nem todas as vozes escutadas eram entendidas como malélicas, em alguns casos eram consideradas boas ou tranquilizadoras. Em um diálogo travado informalmente com alguns pacientes do serviço público, conversava certa vez sobre o caso exposto por uma das usuárias, que havia contado ao grupo que não tinha dormido bem durante a noite por ter escutado vozes. Ao perguntar o que as vozes disseram a ela, respondeu-me que não se lembrava. Perguntei aos demais se alguém mais *ouvia vozes* e apenas um paciente respondeu afirmativamente, dizendo que as vozes que escutava nem sempre eram ruins, que algumas eram boas e que procurava “dar ouvidos” apenas às vozes boas. Um paciente do serviço particular, segundo seu prontuário, teria dito: “que escutava vozes, mas que acha isso bom, que as vozes o tranquilizam”.

Ainda que tenha sido possível escutar depoimentos sobre vozes boas, seu aparecimento era comumente considerado como algo fora da normalidade pela equipe técnica (que deveria estar atenta a essas manifestações). Tal como expôs Rosine Perelberg (1976, p. 82), o “fato de o paciente ouvir vozes é visto como sintoma médico, [...] porque este acredita que, na realidade não existam vozes. Implica, portanto, uma comparação (secreta) entre os conceitos e ideias dos pacientes e aquelas do médico ou da sociedade mais ampla em que se encontram”.

A troca de experiências se mostrou como uma forma eficaz para lidar com as vozes, tal como vem sendo evidenciado em estudos centrados na perspectiva psicossocial. Entre meus interlocutores também foi possível observar que “a circulação da palavra pode incentivar a construção de novas narrativas sobre o fenômeno” e possibilitar uma visão que considere que “o problema principal não reside no fato de ouvir vozes, mas na dificuldade de estabelecer algum tipo de convivência com elas” (MUÑOZ et al, 2011). Um paciente da instituição particular publicou no site do serviço algumas dicas para lidar com as vozes e com as paranóias, entre elas destaco: “Quando você está em casa deitado na cama (que é a hora pior) e sente que a TV está falando com você, mude de canal. De preferência troque para a TV Senado porque só fala de política”. Sobre esse relato do paciente, é interessante destacar duas respostas recebidas:

Descobri um jeito de ver tevê que não agride as noias. Ajuste a idade de censura para os programas e verás o que há de mais simples e positivo em alguns canais sem ver coisas que não existem. Ah sim, regule a censura dos canais de tevê por assinatura em 12 ou 14 anos e desfrute. O mundo se tornará mais leve.

Achei também uma outra forma de espantar as noias além de minhas ideias anteriores, acho que esta é adequada: ouvir música clássica, por-



que não tem letra que nos faça induzir um pensamento que pode ser prejudicial a nosso equilíbrio mental.

O *site* do serviço particular possibilitou um espaço para a troca de experiências sobre ouvir vozes e o paciente que iniciou as descrições sobre suas experiências, assumiu um lugar privilegiado no compartilhamento do seu saber, tornando-se, nos termos de Laplantine (2010, p. 17), um “autêntico pólo de saber”, confirmando, assim, tal como evidenciou Eduardo Mourão Vasconcelos, que

[A]s doenças crônicas como o sofrimento psíquico levantam problemas e desafios de vários tipos, vividos de forma cotidiana [...]. Além disso, esse período exige um longo processo de acumulação de experiências, de “dicas” informais, de pesquisa e troca de informações e de conhecimento técnico, de adequação às singularidades de cada um, de aprendizagem individual e coletiva, mas mais fundamentalmente, de luta, de acomodações substanciais de vida e de elaboração pessoal e coletiva das emoções e dos significados de todas estas vivências. (VASCONCELOS, 2003, p. 22).

As dicas compartilhadas por esse paciente eram preciosas e evidenciavam o quão real era essa experiência vivida por ele e por outros pacientes, experiência essa que, no entanto, foi recorrentemente desacreditada por técnicos e familiares, sendo comumente entendida como delírios e/ou referenciadas a traumas passados.

### Considerações finais

O objetivo deste artigo não foi encontrar explicações causais para o aparecimento e/ou desenvolvimento de alguma doença e sim, analisar comparativamente determinadas características, expressões, sintomas e diagnósticos e suas significações entre diferentes interlocutores (pacientes, familiares e técnicos) em suas diferentes formas de expressão (prontuários, entrevistas em profundidade, conversas informais e observações de campo). Ainda que tenha sido verificada uma multiplicidade de experiências relacionadas aos sintomas ou diagnósticos, ficou latente o lugar privilegiado que a medicação assumia para a remissão de determinados sintomas, que deveriam ser suprimidos. Essa remissão se dava, prioritariamente, pela intervenção medicamentosa e, portanto, restrita a dimensão individual. O artigo buscou articular essa dimensão individual à dimensão social e subjetiva na qual está inscrita e o fez a partir do olhar para outras perspectivas e significações sobre a experiência de ouvir vozes ou sobre o suicídio. Este estudo buscou explicitar a dimensão social inscrita em determinados sintomas e diagnósticos.

Em minha dissertação de mestrado (MONNERAT, 2009), destaquei o caso de uma paciente do serviço público que acreditava estar sempre grávida e que seus familiares abriam sua barriga durante a noite para comer os bebezinhos que gerava. Mais de uma vez ela me contou, com riqueza de detalhes, sobre os abusos sexuais que sofria que eram seguidos de ferimentos com gilete em seu órgão genital. No prontuário da paciente encontrei a versão institucional oficial sobre ela, que teria vivido situações abusivas e traumáticas que eram revividos cotidianamente nesses delírios. Em seu prontuário havia referência a uma época não datada, em que teria vivido uma gravidez indesejada, fruto de um abuso impetrado por seu ex-patrão. Essa gravidez resultou em um aborto que, segundo consta em seu prontuário, seria revivido constantemente. Em outros trechos deste documento foram estabelecidas relações entre os cortes que a paciente dizia sofrer com a amputação de uma das pernas de seu pai, devido a problemas de saúde relacionados à diabetes.

Ainda que os técnicos entendessem o comportamento dos pacientes como oriundo de perturbações inconscientes; os pacientes viviam como realidade. Refletindo sobre como determinadas ideias e comportamentos podem ser considerados como delírios, alucinações e/ou paranoias para uns, enquanto, para outros, são entendidos como reais, parece-me apropriado retomar Schutz (1979, p. 94), que ressalta que quem está “de fora” classifica indivíduos a partir de categorias que são homogêneas apenas quando observadas sobre seus próprios pontos de vista, isto é, “do ponto de vista de quem está de fora”, afinal, “a interpretação do grupo pelo estranho nunca coincidirá plenamente com a auto-interpretação do grupo interno” (SCHUTZ, 1979, p. 94). Devido a isso, considero importante recorrer às narrativas dos pacientes e de seus familiares, para acessar informações que possibilitem contrastes e aproximações com o discurso oficial (apresentado pelos técnicos e prontuários).

## Notas

1. Algumas notas metodológicas devem ser aqui destacadas para melhor compreensão do trabalho etnográfico realizado. A minha entrada em campo, nas duas instituições, aconteceu mediante a apresentação de um projeto escrito e de uma conversa com quem respondia pela instituição na ocasião. Em nenhum dos dois serviços me foi solicitada a aprovação em comitê de ética, como condicionante para a realização da pesquisa. Tive livre acesso às pessoas e às documentações nos dois serviços, tendo liberdade para transitar por todos os ambientes, conversar com todos os frequentadores e consultar livremente os arquivos disponíveis. Na pesquisa desenvolvida durante o mestrado frequentei a instituição pública por aproximadamente 20 horas semanais, que foram divididas em três visitas por semana. Para a pesquisa realizada durante o doutorado, frequentei cada instituição por oito horas semanais, somando dezesseis horas de trabalho etnográfico durante a semana, durante aproximadamente dois anos. Destaco ainda, que não foi o objetivo desta pesquisa realizar um levantamento quantitativo a respeito dos pacientes que tiveram suas trajetórias marcadas

por alucinações visuais e/ou auditivas, tentativa(s) de encerrar com suas próprias vidas e/ou sobre o trauma causado pelo suicídio de um ente querido; e sim, realizar uma análise qualitativa e comparativa entre diferentes representações e significações sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes.

2. Utilizo, neste trabalho, categorias nativas para me referir às experiências descritas por meus interlocutores. Sobre como estas categorizações apareceram no trabalho etnográfico, cabe ressaltar que observei que as equipes dos serviços se preocupavam em utilizar termos como sofrimento psíquico ou sofrimento mental (termos pouco usados pelos pacientes, mas muito presente na bibliografia médico-psiquiátrica) ainda que também utilizassem termos como louco, doido, maluco, doente, muito usados também por pacientes e familiares. Ainda que não busque realizar uma discussão sobre usos de categorias, vale destacar que estas categorias não eram entendidas como termos tabu e eram usadas recorrentemente por meus interlocutores.

3. A esquizofrenia é considerada pelo saber médico como um transtorno mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Alguns sintomas relacionados a esse diagnóstico: alucinação, ideias delirantes, agitação psicomotora, embotamento das emoções e dos afetos e retraimento social.

## Referências

DIAS, Maria Luiza. Suicídio. *Testemunho do Adeus*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DUARTE, Luiz F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ESQUIROL, Jean-Étienne. *Des Maladies mentales*. Paris, 1838.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

MONNERAT, Sílvia. Trajetórias, acusações e sociabilidade. Uma etnografia em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. Dizem que são loucos: um estudo sobre relações sociais, acusações e contágio. *Revista Universidade Rural. Serie Ciencias Humanas*, v. 36, p. 124-137, 2014.

MUÑOZ, Nuria M. *et al.* Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia*, 16, janeiro-abril/2011.

PERELBERG, Rosine. Fronteiras do silêncio – um estudo de desvio e ritualização. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

VASCONCELOS, Eduardo M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

## Reports on suicide and voices: an ethnographic study

### Abstract

This article presents part of the results of an ethnographic research conducted between 2008 and 2014 in two mental health services (one public and another private) located in Rio de Janeiro. The present study analyzes reports (oral and written) of patients, family members and service technicians, about suicide and the experience of hearing voices.

**Key words:** Ethnography; Mental health; Madness, Suicide and Voices

Recebido em 13 de agosto de 2017.

Aceito em 9 de março de 2018.

## A cosmopolítica do nascimento Munduruku e os processos de autoatenção

Resenha do livro: DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processos de medicalização entre os índios Munduruku. Brasília: Paralelo 15, 2015, pp. 248.

José Maycon da Silva Cunha

Mestrando em Antropologia Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
maycon1cunha@gmail.com

O nascimento é um processo que envolve mistérios e cuidados singulares, além de estar ornado por uma cosmologia própria que compõe a construção socio-cultural de cada povo ou etnia. O processo de trazer um novo membro ao coletivo sofre implicações distintas caso olhemos do ângulo jurídico, político, econômico, social e até mitológico ou, da melhor forma, não havendo a separação entre as instâncias. Focar o fenômeno do nascimento é buscar compreender a formação familiar, é voltar-se à esfera coletiva que, por sua vez, esboça pista para o entendimento da organização social local. Mormente, é sobre a produção e manuseio do corpo a que se trata o processo de nascimento. O corpo enquanto nódulo magno sobre o qual cada sujeito singularmente existe e experimenta o mundo no âmbito de sua cultura.

Um estudo sobre as práticas de autoatenção, a saber, as ações coletivas ou individuais com implicações pontuais sobre a reprodução biossocial do grupo, em suas práticas de controle sobre os processos de saúde/doença/atenção, é matéria firme

para a compreensão das dinâmicas culturais dos povos amazônicos. No decorrer de sete capítulos, Raquel Paiva Dias-Scopel nos apresenta a construção sociocultural Munduruku a partir da reprodução biossocial da família, sob o ângulo mais poético e mitológico: as redobras e os processos envolvendo a gestação, o parto e o pós-parto. Um dos objetivos do livro *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processos de medicalização entre os índios Munduruku* (2015) é compreender como os Munduruku vivenciam a gestação, o parto e o pós-parto mediante o processo de medicalização num sistema de assistência voltada à saúde indígena. Perpassa uma investigação dos processos de saúde e doença mediante uma perspectiva antropológica que contribui com as discussões teórico-analíticas da implementação de políticas públicas para saúde dos indígenas.

Atenção às práticas terapêuticas voltadas para o processo de gestação, parto e pós-parto dessa etnia perfaz o cuidado com a produção e manutenção da sociabilidade Munduruku, levando-se em conta a pluralidade na forma de atenção à saúde e às enfermidades. O livro foi premiado enquanto vencedor do IV Prêmio ABA-GIZ da edição de 2014, sob o tema “Gênero e povos indígenas na Amazônia”. O prêmio intenta estimular as pesquisas antropológicas com povos indígenas amazônicos. A autora estabeleceu intenso contato entre 2009 e 2011 com os Munduruku da aldeia Kwatá, localizados na Terra Indígena Kwatá-Laranjal (TIKL), na região Tapajó-Madeira (Borba/AM). A formação histórico-cultural da região carrega constantes embates político-ideológicos, recorrentes do intenso movimento migratório recorrente aos períodos de escravidão e exploração do ciclo da borracha. O intenso contato com o branco contribuiu na dinamicidade das práticas de autoatenção munduruku.

Fruto de uma pesquisa de doutoramento pelo programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o livro apresenta por meio de uma etnografia das práticas e dos costumes a cosmografia munduruku, isto é, a produção de identidades, ideologias, conhecimentos sobre o meio ambiente circundante e práticas terapêuticas sob a égide de uma visão de mundo singular, um mundo encantado. Em sua visão frente ao mundo, os Munduruku perfazem um diálogo entre os saberes e práticas locais em relação aos saberes e práticas biomédicas, produzindo tensionamentos entre saberes e práticas locais, uma cosmopolítica. O ponto no qual se aponha a obra é o da racionalidade terapêutica que permeia os processos de gestação, parto e pós-parto na comuni-

dade indígena. A interação entre o conhecimento indígena e biomédico perpassa o conhecimento fisiológico e anatômico da mulher, incluindo a formação dos corpos e o tratamento de enfermidades (prevenção e manutenção das doenças).

Um dos pontos preliminares para situar o trabalho desenvolvido por Raquel Paiva Dias-Scopel é que ela estava gestante na época de sua pesquisa entre os Munduruku. Além de estar acompanhada do esposo em campo, pôde articular suas experiências de pesquisacom a efervescência de sua própria gravidez. Diante de relatos sobre o processo de gestação das mulheres munduruku, somos salpicados pelo aprendizado da própria pesquisadora em campo que, sob o contato com as práticas munduruku envolvendo as gestantes locais, começa a rever suas próprias práticas alimentares, desejos e tabus em relação à gestação. Aludindo a Favret-Saada (2005), decide deixar-se afetar pelas experiências enquanto metodologia etnográfica, produzindo, assim, um contundente relato dos sujeitos e seus corpos e do complexo processo envolvendo o nascimento.

Para poetiza indo-canadense Rupi Kaur (2017), o fenômeno mais próximo de deus é o corpo de uma mulher, pois, para ela, é de onde a vida vem. De semelhante forma organizativa, os Munduruku estabelecem uma cosmografia fundada no corpo feminino, cercado de mistérios e deduções cosmológicas, juntamente, o corpo feminino se constrói em complementariedade com o masculino, afetado pelas manifestações e incidências do corpo oposto. Raquel Paiva Dias-Scopel desnuda as interações do processo de gestação da mulher em relação ao corpo masculino, do pai da criança, bem como com a própria criança que está sendo gestada. O pai sofre intervenções do feto em formação. Sob o diagnóstico de abalo de criança, o pai esmorece e perde forças (animo e energia), tendo parte de suas energias transferidas para o feto que se desenvolve no corpo da companheira. Vencer o processo de abalo de criança é vitória não apenas para o corpo masculino que é sugado, como também para o feto que está em pleno desenvolvimento. Sob esta delicada apresentação, a autora salienta a dimensão processual da construção dos corpos que compõe o processo de autoatenção inserida numa explicação própria aos Munduruku. Destarte, percebemos os corpos enquanto processo e diálogo diante da dinamicidade de um contexto cultural particular.

O corpo é recoberto de precauções específicas como, por exemplo, dietas com restrições de alimentos maléficos a cada período da gestação. As recomendações em torno de uma alimentação equilibrada e de restrições variam entre os

períodos de gestação e pós-parto. Nisto, o corpo feminino apresenta desejos, uma gula peculiar característica do processo de gestação munduruku. Desprender cuidados aos desejos da gestante compõe o conjunto das práticas de autoatenção no momento inicial da gestação da mulher. Os desejos alimentares e a busca por saciá-los são sinônimos de zelo e cuidado dos pais para com o bem-estar do feto, ou seja, do novo membro do grupo que está a caminho. Acompanhar os desejos da gestante insere-se nas práticas de cuidado com formação do feto e o estágio de desenvolvimento da gestação; para isso, há atenção aos momentos em que o feto se mexe na barriga da mãe, símbolo do contato da mãe com o feto em formação.

O acompanhamento de perto da formação do feto é gesto presado entre os Munduruku, uma vez que o processo de nascimento agrega múltiplos agentes sociais e articula diversas esferas de contato, tanto dentro quanto fora da comunidade. A partir de um coletivo de especialistas, tais como os pajés, as parteiras e tantas outras mulheres mais velhas (mulheres experientes que já tiveram muitos filhos e acompanharam outras gestações e nascimentos, experientes em pegar criança), os Munduruku estruturam e reproduzem saberes locais de autoatenção em torno da gestante e seus familiares. O ato de um especialista pegar na barriga é suficiente para diagnosticar o estágio de formação e o bem-estar do feto que se desenvolve, bem como diagnosticar uma gestação proibida fruto do contato com seres encantados, em sua maioria, causada pelo boto.

Na cosmologia Munduruku, o cosmo é composto de miríades de seres e a dinâmica vital cósmica acontece mediante a intensa interação entre cada componente. Os humanos não estão sós. Junto a eles, coabitam seres encantados com efeitos diversos sobre as práticas cotidianas, como gentirana ou kokeriwat, cobras encantadas, botos e outros seres maléficos que habitam o mundo subaquático e as matas. Entre os Munduruku, percebem-se fendas no tempo às quais interligam subdivisões diurnas (manhã, tarde e noite). Entre as subdivisões do dia, existem proibições para o contato com os rios, lagos e mata. Os sujeitos da comunidade devem manter um resguardo em relação a certos ambientes nos horários específicos. Os rios são proibidos em determinados momentos, principalmente para as mulheres, em virtude dos botos. Ir contra alguma dessas normas é desejar contrair um pane-ma, uma doença espiritual desdobrada em azar e mazelas para o corpo. No caso das mulheres, a quebra do resguardo definido pode acarretar consequências para a mãe e o feto, inclusive, pondo a vida de ambos em risco. Vez ou outra, as consequências



recaem sobre familiares próximos. O resguardo varia entre períodos, ou seja, as mulheres devem manter cautela nos períodos de menstruação, gestação e pós-parto.

É no contexto de produção e circulação dos alimentos que se imbricam outra forma de relação de complementariedade entre os gêneros, a saber, o sentido de cooperação entre homens e mulheres na produção alimentar da comunidade Munduruku. É na realização do puxirum, isto é, o plantio coletivo da mandioca, que a autora apresenta uma das formas de entendimento sobre dinâmica entre os gêneros no cotidiano. A partir do puxirum entende-se a organização dos papéis atribuídos aos homens, às mulheres, às crianças e aos idosos Munduruku. O sentido de cooperação e harmonia entre os afazeres delimitados a cada gênero é guiado por uma gramática própria da divisão sexual do trabalho. Tanto há afazeres e espaços definidos para os homens, como há afazeres e espaços delimitados para as mulheres. A produção da roça é apenas um dos ângulos da materialidade da união e cooperação de homens e mulheres. No entanto, o ponto central da obra recai sobre o processo envolvente ao nascimento (gestação, parto e pós-parto).

A guinada na pesquisa de Dias-Scopel (2015) é a descrição etnográfica do intenso antagonismo entre os saberes biomédicos em relação aos saberes tradicionais munduruku no processo de autoatenção. As práticas biomédicas são definidas através de diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapsi), desdobrada em programas pontuais de assistência à saúde indígena de forma diferenciada e aglutinativa, ou seja, as práticas biomédicas devem dialogar em sua aplicabilidade e efetividade com os saberes locais indígenas. Em contraposição, temos os saberes e as práticas locais de autoatenção aplicada por pajés, parteiras e mulheres mais velhas e estão circunscritos num contexto próprio aos Munduruku. Mediante observações etnográficas, a autora apresenta o contato das mulheres munduruku com as políticas de saúde indígena e o acompanhamento do período gestacional, situando as contradições inerentes à ausência da efetividade de diálogos entre os saberes e as práticas de autoatenção indígenas e biomédicas.

Dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher encontra-se o principal instrumento de assistência às gestantes definido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde: cadastro nacional do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal). Em resumo, este sistema intenta acompanhar mulheres gestantes ao longo do pro-

cesso de gestação, parto e pós-parto. Prevê-se, assim, a instrumentalização das diretrizes de saúde através de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (Emsi) e de Agentes Indígenas de Saúde (AIS). O embate ideológico aparece no momento em que as diretrizes nacionais de assistência à saúde indígena, que carregam em seu cerne a comanda de reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas sob um sistema tradicional de saúde, não encontra aderência dos profissionais biomédicos na devida articulação com as práticas locais de autoatenção munduruku. Encontramos, além disso, a precarização estrutural do SUS, como a ausência de materiais e instrumentos que efetivem o acesso das equipes profissionais de saúde às aldeias indígenas, bem como a recepção das mulheres gestantes no postos de atendimento.

Não obstante, a gradativa expansão da medicalização da saúde indígena desdobrada nos cuidados com a gestação, parto e pós-parto, como encontramos na pesquisa de Dias-Scopel (2015), tem se intensificado, principalmente entre os Munduruku. A atenção diferenciada na questão de saúde indígena pode ser encontrada no acompanhamento de processo de gestação com a presença profissional no momento do parto, na aldeia ou no hospital, e o acompanhamento pós-parto, efetivamente numa cidade próxima. Por conseguinte, o alastramento do processo de medicalização biomédico articulado pelas equipes multidisciplinar de saúde tem modificado a maneira das mulheres munduruku encarar a própria gestação, o momento do parto e o processo decorrente do pós-parto. O exemplo peculiar para essa situação de perda de efetividade das práticas locais é expressa pela autora através do aumento de parto em hospitais, acompanhado do uso de cesarianas como técnica de parir.

Ao fim, percebemos que a riqueza na demonstração da fluidez e da dominância da esfera simbólica sobre a organização social indígena desponta para a importância de apresentar a dimensão simbólica como formadora da práxis cultural. A singularidade das pesquisas na América indígena é a experimentação do corpo presente das diversas etnias, principalmente, das matas amazônicas (SEGER; DAMATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1979). Como percebemos n'A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto, a formação do corpo não é apenas a divisão do humano e do sobre-humano. Na verdade, é a dialética (diálogo) entre os campos que possibilita, através da complementariedade, a experiência do corpo biossocial frente à gestação, ao parto e ao pós-parto. A obra de Raquel Paiva Dias-Scopel é de importância primeira para o campo de estudos

sobre o corpo e as relações de gênero nas sociedades indígenas sul-americanas. Por meio de um mundo animado por seres encantados, os Mundukuru demonstram e ensinam a fluidez e a dinâmica de experimentar o mundo que os circunda.

## Referências

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processos de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15, 2015.

FAVRET-SAADA, Joanne. Ser afetado. *Cadernos de campo*, São Paulo, v. 13, p. 155-161, 2005.

KAUR, Rupí. *Outros jeitos de usar a boca*. São Paulo: Planeta, 2017.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional – Antropologia*, vol. 32, p. 2-19, 1979.

Recebido em 26 de fevereiro de 2018.

Aceito em 21 de abril de 2018.

