

ACENO

REVISTA DE ANTROPOLOGIA DO CENTRO-OESTE
ISSN: 2358-5587

VOLUME 6
NÚMERO 12
(AGO/DEZ. 2019)

Proposta Editorial

ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste é um periódico científico lotado no Departamento de Antropologia e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso, que tem como propósito se constituir em um espaço permanente para o debate, a construção do conhecimento e a interlocução entre antropólogos e pesquisadores de áreas afins, do país e do exterior. Apesar de **ACENO** fazer referência ao Centro-Oeste, em seu título, ela não tem como único objetivo dar visibilidade a resultados de pesquisas científicas relativas às populações desta região, mas sim, se tornar um fórum que traduza a pluralidade de perspectivas teóricas e temáticas que caracterizam a antropologia na contemporaneidade. Igualmente, incentiva-se a publicação de artigos de cunho transdisciplinar, resultados de pesquisas que envolvam equipes interdisciplinares que estudam a diversidade da experiência humana.

Catálogo na Fonte. Elaborada por Igor Yure Ramos Matos. Bibliotecário CRB1-2819.

ACENO: Revista de Antropologia do Centro Oeste / Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. V. 6, n. 12, Ago./Dez. 2019 – Cuiabá: ICHS/ Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2019. (Publicada em junho de 2020)

Semestral.

Início: jan./jul. 2014.

Editor: Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva.

ISSN: 2358-5587.

1. Ciências Sociais – Periódico. 2. Antropologia Social – Periódico. 3. Teoria Antropológica – Periódico. I. Universidade Federal de Mato Grosso. II. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. IV. Título.

CDU: 39(05)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Reitor: Evandro Aparecido Soares da Silva

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Diretora: Marluce Souza Silva

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

Chefe: Aloir Pacini

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Coordenador: Marcos Aurélio da Silva

Vice-Coordenador: Paulo Delgado

EDITOR

Marcos Aurélio da Silva

COMITÊ EDITORIAL

Marcos Aurélio da Silva

Moisés Alessandro de Souza Lopes

Sonia Regina Lourenço

Flávia Carolina da Costa

COMITÊ EDITORIAL JÚNIOR

Alan dos Santos Costa

Alessandra Corezomaé Boroponepá

Alexandre de Arruda Peixoto

Aline Ferreira Ril

Ana Carolina Magalhães Rocha

Andréa Luiza de Carvalho Bouret

Francisco Carlos Tavares da Silva

Isabela Alves Mercuri

Jéssica de Souza Gola

Letícia Correia Gonçalves

Lucas Luís Moreira França

Sebastião Mendes de Arruda

Terezinha Valéria da Silva

CONSELHO CIENTÍFICO

Aloir Pacini – UFMT
Andréa de Souza Lobo – UnB
Carla Costa Teixeira – UnB
Carlos Emanuel Sautchuk – UnB
Carmen Lucia Silva – UFMT
Clark Mangabeira Macedo – UFMT
Deise Lucy Montardo – UFAM
Edir Pina de Barros
Eliane O’Dwyer – UFF
Érica Renata de Souza – UFMG
Esther Jean Langdon – UFSC
Fabiano Gontijo – UFPA
Flávio Luiz Tarnovski – UFMT
Heloísa Afonso Ariano – UFMT
Izabela Tamaso – UFG
Juliana Braz Dias – UnB
Luciane Ouriques Ferreira – FIOCRUZ/ENSP
Luís Roberto Cardoso de Oliveira – UnB
Márcia Rosato – UFPR
Márcio Goldman – MN/UF RJ
Marcos Aurélio da Silva – UFMT
Maria Luiza Heilborn – IMS/UERJ
Miriam Pillar Grossi – UFSC
Moisés Alessandro de Souza Lopes – UFMT
Patrice Schuch - UFRGS
Patrícia Silva Osório – UFMT
Paulo Rogers Ferreira – Université Laval
Paulo Sérgio Delgado – UFMT
Rafael José de Menezes Bastos – UFSC
Sérgio Carrara – IMS/UERJ
Sonia Regina Lourenço – UFMT
Sueli Pereira Castro – UFMT

PROJETO GRÁFICO

Marcos Aurélio da Silva – UFMT
José Sarmento – UCDB
Moisés Alessandro de Souza Lopes – UFMT
Sonia Regina Lourenço – UFMT

CAPA

José Sarmento – UCDB
Marcos Aurélio da Silva – UFMT

SumárioTable of Contents
Tabla de Contenido**Editorial 9****Dossiê Temático*****Nos contornos do corpo e da saúde:
entre temas, problemas e perspectivas***Thematic Dossier *In the contours of the body and health: among themes,
problems and perspectives*Dossier Temático *En los contornos del cuerpo y la salud: entre temas,
problemas y perspectivas***Apresentação**Presentation
Presentación*Esmael Alves de Oliveira, Marcos Aurélio da Silva, Ceres Victora***11****Pulmão murcho, manchado ou esburacado? Concepções
sobre a DPOC entre idosos de classe popular no Distrito
Federal**Withered, stained or potholed lung? Conceptions about COPD
among low-income elderly in the Federal District
¿Pulmón marchito, manchado o con baches? Concepciones sobre la
EPOC entre los ancianos de bajos ingresos en el Distrito Federal*Soraya Fleischer***25****Raridades em causa: práticas ativistas de pacientes e
familiares com doenças raras no Distrito Federal**Rarities in cause: practices activists of patients and relatives with
rare diseases in the Federal district
Raridades en causa: prácticas activistas de pacientes y familiares
con enfermedades raras en el Distrito Federal*Victor Cezar Sousa Vitor***41****Óleo de coco, banha de porco, prazer de comer e os
deslizamentos do saudável: manejos de versões da Doença
de Alzheimer a partir de terapias alimentares**Coconut oil, lard, pleasure of eating and the slips of the healthy:
management of versions of Alzheimer's disease from food therapiesEl aceite de coco, la manteca de cerdo, el placer de comer y los
deslices de lo saludable: manejo de las versiones de la enfermedad de
Alzheimer de terapias alimentarias*Cíntia Liara Engel***57**

**Desenvolvimento infantil e deficiência: notas etnográficas
sobre a Síndrome Congênita do Vírus da Zika no Rio
Grande do Norte**

Child development and disability: ethnographic notes on the
Congenital Zika Syndrome in Rio Grande do Norte, Brazil
Desarrollo infantil y discapacidad: notas etnográficas sobre el
Síndrome Congénito del Virus del Zika en Rio Grande do Norte, Brasil

Thais Maria Valim

75

**Nem só de hormônio vive o homem: representações e
resistências de homens transexuais (1984-2018)**

Man shall not live by hormones alone: representation and
resistances of transsexual men (1984-2018)
No sólo de la hormona vive el hombre: representación y
resistencias de hombres transexuales (1980-2018)

Júlio F. S. da Cunha Nascimento

95

**Regimes de visibilidade/conhecimento nas experiências da
“(des)montagem” e do “(não) passar” por homem e/ou mulher**

Regimes of visibility/knowledge in the experiences of
“(des)montage” and “(não) passar por” man and/or woman
Regímenes de visibilidad/conocimiento en las experiencias del
“(des)montagem” y del “(não) passar por” hombre y/o mujer

Tiago Duque

113

**Representações da pele na experiência do sexo *bareback*
entre homens na cidade do Rio de Janeiro**

Representations of the skin in the *bareback* sex experience
between men in Rio de Janeiro
Representaciones de la piel en la experiencia del sexo *bareback*
entre hombres en la ciudad de Rio de Janeiro

Vladimir Bezerra

127

Nanaa: o corpo como lugar de nomeação pessoal

Nanaa: the body as a place of personal nomination
Nanaa: el cuerpo como lugar de nominación personal

Fabio de S. Lima, Danielle dos S. P. Lima, Olendina de C. Cavalcante

145

**“A dor e o incômodo são passageiros, mas o orgulho é eterno”:
incitação e evitação da dor entre atletas de ultramaratona**

“Pain and nuisance are passengers, but pride is eternal”: incitement
and avoidance of pain among ultramarathon athletes
“El dolor y la molestia son pasajeros, pero el orgullo es eterno”:
incitación y evitación del dolor entre los atletas de ultramaratón

Isabel Siqueira

161

**O Corpo Insone (C. I): do sono como dispositivo, da insônia
como *gestus***

The Insomnia Body: from sleep as a device, from insomnia as a *gestus*
El cuerpo del insomnio: del sueño como dispositivo, del insomnio como gesto

Potyguara A. dos Santos, Carolline R. P. de Pinho, Mônica da S. Araújo

175

O “veneno” e a adrenalina na “vida do crime”: corpo, emoções e subjetivação

The “poison” and the adrenaline in the “life of crime”: body, emotions and subjectivation

El “veneno” y la adrenalina en la “vida del crimen”: cuerpo, emociones y subjetivación

Danielli Vieira

195

Da (bio)política às biopotências: reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil

From the (bio) politics to biopotencies: reflections on current conditions of public mental health policies in Brazil

De la política (bio) a las biopotencias: reflexiones sobre las condiciones actuales de las políticas públicas de salud mental en Brasil

Esmael Alves de Oliveira, Danilo Cleiton Lopes

213

O corpo nos contextos do cuidado: reflexões sobre as concepções no campo da enfermagem

Body in career contexts: reflections on nursing field conceptions

Cuerpo en contextos de carrera: reflexiones sobre concepciones de campo de enfermería

Bruna Motta dos Santos

233

Saúde e bem-estar nos ODS: problematizando os conceitos de saúde e doença a partir do diálogo entre saberes

Health and well-being in the SDG: problematizing health and disease concepts from the dialogue between knowledges

Salud y bienestar en ODS: problematizando los conceptos de salud y enfermedad a partir del diálogo entre saberes

Andréia Gimenes Amaro, Viviane Kraieski de Assunção

247

Artigos Livres

Free Articles

Artículos Libres

O poder colonial em ação: contribuições de Max Gluckman e Georges Balandier para o estudo do colonialismo

The colonial power in action: contributions of Max Gluckman and Georges Balandier to the study of colonialism

El poder colonial en acción: contribuciones de Max Gluckman y Georges Balandier para el estudio del colonialismo

Gabriel Calil Maia Tardelli

265

Os artefatos laminares da coleção Indaiazinho e sua contribuição para a compreensão das ocupações Jê na história de Mato Grosso do Sul, Brasil.

The blade type stone tools from Indaiazinho collection and their contribution to the study of Jê occupation in the history of Mato Grosso do Sul, Brazil

Los artefactos laminares de la colección Indaiazinho y su contribución para la comprensión acerca de las ocupaciones Jê en la historia de Mato Grosso do Sul, Brasil

Rodrigo L. S. de Aguiar, Renan S. Martins, Luiz F. de A. Silva, Giovanni R. Cenci

281

Ensaaios Fotográficos

Photo Essays
Ensayos Fotográficos

Cravo, rosa e flor de laranjeira: a lavagem das escadarias de São Benedito em Cuiabá

Carnation, rose and orange blossom:
washing the steps of São Benedito in Cuiabá

Clavel, rosa y azahar:
lavando los pasos de São Benedito en Cuiabá

Evilaine Silva da Costa e Igor Joaquim Oliveira Costa

293

Resenhas

Reviews
Revisións

Estado, Políticas e Agenciamentos sociais em Saúde: etnografias comparadas

Matilde Quiroga Castellano

305

Umbigos enterrados: corpo, pessoa e identidade Capuxu através da infância

Fabício Marcelo Vijaes

309

Editorial

Aceno, 6 (12), ago./dez. 2019

Por uma série de motivos, a décima segunda edição da **Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste** chega com atraso até os leitores. O periódico científico semestral *on-line* do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Mato Grosso, segue o projeto de contribuir com a produção antropológica fora dos grandes centros e traz um oportuno dossiê cujo tema central é saúde e corpo. Oportuno porque, enquanto planeta, estamos descobrindo, em 2020, o quanto avassaladores tais temas se tornam em nossas vidas, produzindo cenários que mudam nossas culturas para sempre.

O dossiê temático *Nos contornos do corpo e da saúde: entre temas, problemas e perspectivas*, organizado pelos professores Esmael Alves de Oliveira (UFGD), Marcos Aurélio da Silva (UFMT) e Ceres VÍctora (UFRGS), traz 14 artigos com experiências de todas as regiões brasileiras. Os artigos mostram a vitalidade do campo da Antropologia da Saúde e do Corpo e sua capacidade de se renovar e agregar novos enfoques. Além disso, o dossiê mostra o quanto a etnografia é uma teoria-metodologia potente no entendimento de situações controversas, conflitos de saberes e até mesmo na arena de doenças ou aflições pouco comuns, apontando expertises que se constituem na relação entre profissionais e usuários dos sistemas de saúde.

Na sessão de Artigos Livres, trazemos dois trabalhos que se debruçam sobre campos clássicos: arqueologia e antropologia política. No artigo “O poder colonial em ação: contribuições de Max Gluckman e Georges Balandier para o estudo do colonialismo”, Gabriel Tardelli elabora uma excelente revisão de formação do campo da política na Antropologia, a partir de dois autores clássicos e suas influências. Já “Os artefatos laminares da coleção Indaiazinho e sua contribuição para a compreensão das ocupações Jê na

história de Mato Grosso do Sul”, de Rodrigo Aguiar, Renan Martins, Luiz Fernando Silva e Giovanni Cenci, traz um inventário de elementos arqueológicos que nos auxiliam a entender a ocupação do Centro-Oeste a partir de antigas civilizações.

Na sessão de Ensaio Fotográficos, a lavagem das escadarias de São Benedito é o tema das imagens produzidas por Evilaine Costa e Igor Oliveira Silva, no ensaio “Cravo, rosa e flor de laranjeira”. As belas imagens da dupla de mestrandos da UFMT mostram esta riquíssima tradição que acontece todos os anos em Cuiabá por ocasião da festa dedicada ao santo, movimentando as religiões afro-brasileiras presentes na cidade e dando visibilidade ao “povo de santo”.

Por fim, na sessão Resenhas, trazemos mais dois livros da Coleção Brasil Plural, publicada pela Editora da UFSC e pelo Instituto Brasil Plural (IBP), resenhados pelos colaboradores Matilde Quiroga Castellano e Fabrício Viales. Eles resenharam, respectivamente, *Estado, Políticas e Agenciamentos sociais em Saúde: etnografias comparadas*, coletânea organizada por Sônia W. Maluf e Érica Quinaglia Silva, e *Umbigos enterrados: corpo, pessoa e identidade Capuxu através da infância*, de Emilene Leite de Sousa. As duas obras, assim como nosso dossiê, debruçam-se sobre as antropologias do corpo e da saúde, através de etnografias que mostram não apenas as diversidades socioculturais do que se tem como “natural” no senso comum, mas apontando como não há nenhuma natureza prévia, mas sim o processo contínuo de construção de corpos e pessoas.

A *Aceno* se sente honrada por contribuir nesse campo e agradece a todos os colaboradores que fazem parte deste número.

Boa leitura!

O Editor

Dossiê Temático

Nos contornos do corpo e da saúde: entre temas, problemas e perspectivas

Esmael Alves de Oliveira (org.)¹
Universidade Federal da Grande Dourados

Marcos Aurélio da Silva (org.)²
Universidade Federal de Mato Grosso

Ceres Gomes Víctora (org.)³
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

OLIVEIRA, Esmael Alves de; SILVA, Marcos Aurélio da; VÍCTORA, Ceres Gomes. **Nos contornos do corpo e da saúde: entre temas, problemas e perspectivas – apresentação ao dossiê.** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 11-24, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587

¹ Professor adjunto, do curso de Ciências Sociais, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGAnt) da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (FCH/UFGD) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGAS/UFMS). Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2014), com pós-doutorado junto ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS, 2018).

² Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFMT). Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2012), com pós-doutorado junto ao INCT Brasil Plural (UFSC, 2014).

³ Professora titular do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS). Doutora em Antropologia pela Brunel University (1996), pós-doutorado na Johns Hopkins University (2011).

Apresentação

O presente dossiê surgiu motivado pelo diálogo estabelecido entre os organizadores em torno das discussões sobre corpo e saúde. Trata-se de um tema clássico na antropologia e que, apesar do tempo, vem demonstrando estar longe de chegar ao esgotamento. Pelo contrário, a partir de perspectivas teóricas e metodológicas distintas, de diferentes campos disciplinares, dos distintos objetos/problemas de pesquisa, tanto antigos quanto novos pesquisadores e pesquisadoras, seja do campo da Antropologia, da Psicologia, da Medicina e da Saúde Coletiva, vêm demonstrando a atualidade e vitalidade do campo.

Um breve (e precário) balanço

Esse constante vigor não é resultado do acaso, mas resulta de uma série de trabalhos etnográficos realizados no Brasil ao longo de décadas. Importa dizer que a primeira geração de antropólogos e antropólogas preocupados com a discussão de saúde também foi responsável pela formação de toda uma geração de pesquisadores e pesquisadoras. É caso de Luiz Fernando Dias Duarte (MN/UFRJ)⁴, Esther Jean Langdon (UFSC)⁵, Ondina Fachel Leal (UFRGS)⁶, Paula Montero (USP)⁷, José Francisco Quirino dos Santos (USP)⁸, Maria Andrea Loyola (UERJ)⁹, Sergio Luis Carrara (UERJ)¹⁰, Sônia Weidner Maluf (UFSC)¹¹, Ceres Gomes Víctora (UFRGS)¹², Miriam Cristina Marcilio Rabelo (UFBA)¹³, entre outras.

Nesse movimento de constituição, alguns trabalhos¹⁴ mostram-se como

⁴ Luiz Fernando Dias Duarte foi responsável por orientar trabalhos como o de Fabíola Rohden (mestrado e doutorado), Octavio Bonet (mestrado e doutorado), Carmen Dora Guimarães, Sergio Carrara (doutorado), Rogério Azize (doutorado), entre outros.

⁵ Algumas de suas ex-orientandas: Sônia Weidner Maluf (mestrado), Alberto Groisman (mestrado), Maria Lúcia da Silveira (mestrado), Marcos Antônio Pellegrini (mestrado e doutorado), Nadia Heusi Silveira (mestrado e doutorado), Eliana Diehl (doutorado), Waleska de Araújo Aureliano (doutorado), Everton Luís Pereira (mestrado e doutorado), entre outras.

⁶ Foram orientadas por Ondina Fachel Leal: Ceres Gomes Víctora (mestrado), Daniela Riva Knauth (mestrado), Zulmira Newlands Borges (mestrado e doutorado), Jaqueline Teresinha Ferreira (mestrado), dentre outras.

⁷ Embora suas orientações majoritariamente tenham sido voltadas para o campo das religiões, sua tese de doutorado (MONTERO, 1985), sob orientação de Eunice Ribeiro Durham, pode ser considerada um marco nas discussões sobre formas alternativas de cura.

⁸ Entre suas ex-orientandas destacam-se figuras como Eunice Nakamura (mestrado e doutorado) e Denise Martin (mestrado e doutorado).

⁹ Entre suas ex-orientandas estão: Francisco Inácio Pinkusfeld (mestrado), Regina Maria Barbosa (mestrado), Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (mestrado e doutorado), Elisabeth Palatinik (mestrado e doutorado), Pedro Villela Capanema Garcia (mestrado), Anapaola Frare (doutorado), Patrícia Ávila (doutorado), entre outras.

¹⁰ Sergio Carrara, ex-orientando de Luiz Fernando Dias Duarte, pesquisou entre outras coisas, a epidemia de sífilis no Brasil. Enquanto professor da UERJ foi responsável pela formação de Rachel Aisengart Menezes (mestrado e doutorado), Guilherme Silva de Almeida (doutorado), Ruth Helena de Souza Britto (doutorado), entre outras.

¹¹ Sônia Maluf, professora emérita da UFSC, coordenadora do Transes (Núcleo de Antropologia do Contemporâneo), teve sua trajetória marcada pelas discussões de movimentos nova era e também pela questão do sofrimento mental. Entre suas ex-orientandas destacam-se: Rogério Lopes Azize (mestrado), Sílvia Cardoso Bitencourt (doutorado), Ana Paula Muller de Andrade (doutorado), Érica Quinaglia Silva (doutorado), entre outras.

¹² Ceres Víctora, ex-orientanda de Ondina Leal no mestrado, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS), atualmente envolvida com as discussões em torno da antropologia das emoções, conta entre suas ex-orientandas Elizabeth Zambrano (mestrado), Veronica Perez (mestrado), José Miguel Nieto Olivar (doutorado), Monalisa Dias de Siqueira (doutorado), entre outras.

¹³ Miriam Rabelo tem orientado trabalhos na interface corpo, saúde e religião (especificamente no Candomblé). Entre suas ex-orientandas destacam-se Osvaldo Bastos Neto (mestrado), Sueli Ribeiro Mota Souza (mestrado), Marcelo Magalhães (mestrado), João Tadeu de Andrade (doutorado), Litza Cunha (doutorado), entre outras.

¹⁴ Foge do escopo da presente apresentação uma exposição exaustiva de todos os trabalhos realizados no Brasil no campo da antropologia da saúde. Para uma melhor localização recomenda-se a leitura do artigo “Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas” (MALUF, QUINAGLIA SILVA e SILVA, 2020).

grandes marcos¹⁵. É o caso do livro de Maria Andréa Loyola, *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*, publicado em 1984, em que a autora apresenta uma importante reflexão sobre os tensionamentos e processos de negociação entre medicina oficial e medicina popular. Ainda nessa interface entre *saúde e sistemas de crença* é que se localiza o trabalho de Paula Montero (1985), resultado de sua tese de doutorado defendida em 1983, o livro *Da doença à desordem: a magia na umbanda* reflete sobre os mecanismos que cercam a cura mágica na umbanda.

Outro trabalho importante da década de 1980 é a tese de doutorado de Luiz Fernando Dias Duarte (1988), defendida em 1985, *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Seu trabalho foi pioneiro na compreensão dos processos de subjetivação e saúde entre camadas populares. Décadas depois, a dissertação de Maria Lucia da Silveira (2000), orientada por Jean Langdon e defendida em 1998, dando origem ao livro *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*, oportunizaria uma ampliação das discussões sobre “nervos” a partir de uma perspectiva de gênero.

Na passagem da década de 1980 para a década de 1990 destacam-se os trabalhos de Sergio Carrara, produtos de sua dissertação de mestrado e tese de doutorado, respectivamente: *Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século* (dissertação defendida em 1987 e publicada apenas em 1998) e *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40* (tese defendida em 1995 e publicada em 1996). Ambas as pesquisas, embora com recortes distintos, apresentam críticas contundentes aos dispositivos de saber-poder científicos responsáveis pela produção de violências e estigmatizações.

Ainda na década de 1990, diferentes pesquisadoras buscarão compreender a discussão de saúde a partir do ponto de vista de grupos populares. Nesse enquadre destacam-se os trabalhos de Ceres Gomes Víctora, *Mulher, Sexualidade e Reprodução: Representações de Corpo em uma Vila de Classes Populares em Porto Alegre*, dissertação defendida na UFRGS em 1991, e de Daniela Riva Knauth, *Os Caminhos da Cura: Sistemas de Representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma Vila de Grupos Populares*, dissertação também defendida na UFRGS em 1991, trabalhos orientados por Ondina Fachel Leal no âmbito do Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde - NUPACS.

Importa mencionar ainda a importância de algumas coletâneas voltadas ao tema. É o caso dos livros: *Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social*, organizado por Ondina Fachel Leal (1995); *Doença, Sofrimento e Perturbação: perspectivas etnográficas*, organizado por Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal (1998); *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*, organizado por Paulo Cesar Borges Alves e Miriam Cristina Rabelo (1998); e *Experiência de doença e narrativa*, organizado por Miriam Cristina Rabelo, Paulo Cesar Borges Alves e Iara Maria Souza (1999) que inauguraram a coleção Antropologia e Saúde da Editora Fiocruz.

¹⁵ Vale mencionar a importância de iniciativas como a da Fiocruz que por meio da coleção “Antropologia & Saúde” vem contribuindo ao longo dos anos com a divulgação de importantes trabalhos na área da antropologia da saúde do/no Brasil.

Perspectivas contemporâneas

Em se tratando das produções de uma antropologia do corpo e da saúde, a diversidade de pesquisas, campos, teorias e metodologias contemporâneas apontam não apenas para uma releitura do que até então foi produzido pelos clássicos da antropologia brasileira, mas também, e principalmente, para novos desdobramentos. Não precisamos fazer um levantamento exaustivo para constatar a dinamicidade que atravessa a produção de uma antropologia da saúde a partir do eixo sudeste-sul. Nesse sentido vale lembrar as pesquisas de toda uma nova geração de pesquisadores e pesquisadoras que a partir de suas trajetórias na pós-graduação tem renovado e atualizado com rigor e criatividade esse campo.

Alguns trabalhos nesse sentido são emblemáticos. A tese de doutorado de Soraya Resende Fleischer (2011), *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*, nos oportuniza refletir sobre os processos de cuidado obstétrico em contextos não medicalizados como os das parteiras. Ao somar com os estudos sobre parto no Brasil (TORNQUIST, 2004; CHAZAN, 2007; CARNEIRO, 2011), por meio da trajetória de uma importante parteira em uma cidade paraense, a autora reflete não apenas sobre processos de cuidado, mas também sobre saberes, conflitos e reciprocidades.

A partir de outro cenário etnográfico, Waleska de Araújo Aureliano tanto em sua dissertação *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*, defendida em 2006, quanto em sua tese *Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*, defendida em 2011, tem percorrido com sagacidade o campo das chamadas doenças raras e também das chamadas terapias alternativas.

Com relação ao campo da medicalização, destaca-se o trabalho de Rogerio Lopes Azize que, tanto na dissertação de mestrado *A química da qualidade de vida: uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*, defendida em 2002, quanto na tese de doutorado *A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica*, defendida 2010, tem refletido sobre as nuances que cercam o fenômeno da medicalização da vida. O autor tem atentado para a dimensão política e econômica que cercam práticas que se dizem meramente científicas. O mesmo pode-se dizer do trabalho de Eunice Nakamura. Sua tese de doutorado, que deu origem ao livro *Depressão na infância: uma abordagem antropológica* (2016), mostra-se como um marco importante na compreensão e desnaturalização dos fenômenos do campo psi.

Outro campo importante é o que tem se voltado para as discussões da noção de risco. Nesse campo tanto o trabalho de Leila Sollberguer Jeolás, *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da Aids* (2007), quanto o de Denise Martin, *Riscos na prostituição: um olhar antropológico* (2003), foram importantes ao problematizar que uma compreensão meramente epidemiológica de “risco” está longe de abarcar as nuances e complexidades que cercam sujeitos e suas práticas.

Importa dizer que as pesquisas produzidas no contexto sul/sudeste não se esgotam nas acima elencadas. Pelo contrário, trata-se de um campo diverso e extremamente vasto e que precisaria ser devidamente investigado em trabalhos futuros e mais sistemáticos (o que escapa aos objetivos da presente apresentação). Seria injusto de nossa parte reduzir a dinamicidade deste campo ao eixo sul-sudeste.

A emergência e consolidação dos programas de pós-graduação em antropologia nos eixos norte-nordeste e centro-oeste dão conta também de uma efervescência de pesquisas na área da antropologia do corpo e da saúde. Observa-se que ainda prevalece certa invisibilidade dos trabalhos que são produzidos nesses contextos. O que temos observado a partir de nossas inserções em programas de pós-graduação situados no centro-oeste do Brasil, de nossas pesquisas e orientações, é que se trata de um contexto que precisa ser mais visibilizado no cenário da antropologia brasileira. Esse “Brasil profundo” tem não apenas revisitado temas clássicos da antropologia, como também vem dando mostras de uma dinamicidade e criatividade impressionante.

Especificamente em relação a essa região do país, levando em consideração suas complexas realidades socioculturais, temos observado uma proliferação de debates, pesquisas, produções e redes que em nada deixam a desejar aos programas e produções mais consolidados. Além disso, as especificidades aqui encontradas apontam para horizontes e possibilidades que não seriam facilmente contemplados caso fôssemos como meros receptáculos ou reprodutores daquilo que tem sido produzido em outras regiões do país. A histórica presença de populações indígenas e quilombolas, tanto no Mato Grosso quanto no Mato Grosso do Sul (este último ocupa nada menos do que o segundo lugar em população indígena do país, enquanto o primeiro tem em torno de 80 comunidades quilombolas e 42 etnias indígenas), a preponderância de um estilo de vida urbano-agro-rural, o peso do capital político e econômico do agronegócio e os constantes conflitos interétnicos por aqui produzidos nos estimulam a ter um olhar específico para os problemas aqui existentes e que, direta ou indiretamente, impactam e influenciam nossas agendas de pesquisa.

Assim, vale a pena mencionar alguns trabalhos já defendidos e/ou em andamento e que demonstram o vigor do campo nessas paragens profundas. O Programa de Pós-Graduação em Antropologia Sociocultural da Universidade Federal da Grande Dourados (PPGant/UFGD), em seus quase dez anos de existência, tem orientado diversos trabalhos correlacionados às discussões de corpo e saúde. Assim, alguns temas se destacam: saúde indígena, gênero e sexualidades ou mesmo direitos sexuais e reprodutivos (p. ex. aborto). Entre os egressos, destacam-se os trabalhos de Lauriene Seraguza Olegario e Souza, *Cosmos, corpos e mulheres Kaiowa e Guarani de Aña à Kuña*, dissertação defendida em 2013; Mariana Pereira da Silva, *Entre vivências & narrativas de jarýi parteiras de Amambai (MS) e AIS do posto de saúde Bororo II/MS*, defendida em 2013; Vivian Manfrim Muhamed Zahra, *As representações da(o)s transexuais nas aldeias arquivos do TJRS. O Poder da nomeação, eis a grande questão*, defendida em 2014; Marcia Maria Rodrigues Rangel, *Aborto: o segredo em julgamento*, 2015; Graziela Britez Turdera, *No meio do caminho saúde indígena havia o cuidado do estado, havia o cuidado do estado no meio do caminho? Reflexões genealógicas etnográficas sobre produções de saúde na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul*, 2016; Gabriela Barbosa Lima e Santos, *Saúde indígena: práticas de cura na tradição de conhecimento entre os Kaiowá e Guarani em situação de acampamento no cone sul de Mato Grosso do Sul*, 2016; Adrielle Freire de Souza, *Entre discursos e territorialidades: uma análise antropológica das práticas institucionais no hospital universitário da Grande Dourados (MS)*; e Jéssica Camile Felipe Tivirolli com a dissertação intitulada *Em torno da fogueira: algumas reflexões ontológicas sobre encontros e narrativas em torno da Saúde Indígena* (defendida em 2020).

Atualmente em desenvolvimento no PPGant estão as pesquisas de Obonyo

Meireles Guerra (“Quando corpo, gênero e saúde se encontram: Algumas reflexões sobre os itinerários terapêuticos da infertilidade feminina no contexto moçambicano”) e Joalisson Oliveira Araujo (“O segredo de Lourival”: Uma netnografia sobre corpo e gênero em Mato Grosso do Sul).

Já na Universidade Federal de Mato Grosso, duas frentes se abrem aos temas da Antropologia da Saúde e do Corpo, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) e no Instituto de Saúde Coletiva (ISC). No primeiro, cabe destaque a uma das primeiras dissertações defendidas no programa, *Entre ruas, pedras e sujeitos: uma etnografia sobre o crack por trajetos cuiabanos*, de Susana Sandim Borges (2016), e trabalhos realizados ou na interface entre saúde e gênero, como *A dona da rua: Territorialização e Performance de gênero a partir da prostituição de travestis na baixada cuiabana*, de Haydeé Tainá Schuster (2019), ou na interface entre corpo e literatura, *Corpos Híbridos: o estranho como devir na Literatura Especulativa*, de Járede Oliver de Miranda. Já na Saúde Coletiva, destaque para os trabalhos de Reginaldo Silva de Araújo, nos livros *Doença falciforme: da politização pelo movimento negro como doença étnico-racial às associações representativas dos falcêmicos como doença específica* (2017) e *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu* (2019).

Em cena, uma geração nova de pesquisadores e pesquisadoras que a partir de formações e campos distintos, interesses de pesquisa variados, referenciais teóricos diversos, se aproximam do referencial da antropologia do corpo e da saúde para produzirem uma antropologia comprometida com o contexto no qual estão inseridos e, dessa forma, trazem um novo vigor a um campo já consolidado.

Sujeitos, Estado e políticas públicas: a força da etnografia

Os artigos do dossiê que, aqui apresentamos, de alguma forma, refletem essas linhagens e também apontam para algumas linhas importantes que desenham as antropologias da Saúde e do Corpo, quando estas passam a dialogar de forma mais sistemática com as políticas públicas e, por consequência, o Estado e suas pressuposições e produções de sujeitos, sujeitos esses que passaram a se constituir nessa mesma interface com o Estado, muitas vezes desafiando-o, na luta por direitos e pelo alargamento das políticas. Neste sentido, torna-se fundamental lançar luzes sobre a etnografia como um aporte teórico metodológico que tanto faz ver tais experiências, quanto é possível ver um “estado de baixo” (MALUF, 2018: 25), ou seja, não apenas nos enunciados de leis e portarias, mas no cotidiano dos serviços e dos profissionais.

Não podemos nos furtar de falar da força da etnografia, neste sentido, ao trazer desde as experiências de grupos invisibilizados e alijados das políticas públicas até as narrativas de coletivos já reconhecidos e atendidos, mas que são vistos de forma parcial e/ou não são ouvidos por gestores e profissionais. Assim, a presente coletânea se fundamenta em etnografias de consultas, prontuários, cotidiano de doentes crônicos, alimentação, conversas de sala de espera, itinerários terapêuticos pela cidade, práticas desportivas, sensações corporais, documentos e práticas profissionais. Levando a sério o que dizem, pensam e fazem os sujeitos, a etnografia aponta caminhos e, assim, como sugerem Maluf e Andrade (2017: 177):

cabe perguntar a esses sujeitos o quanto o reconhecimento dessas políticas, saberes e práticas, assim como a especificidade com que vivem a aflição, o sofrimento ou o

adoecimento, pode contribuir para que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado no campo das políticas públicas, do reconhecimento e dos direitos. (MALUF e ANDRADE, 2017: 177)

Assim, talvez seja possível pensar em três linhas temáticas em que esses artigos podem ser apresentados, não esgotando, no entanto, o escopo e a abrangência dessas pesquisas, tampouco resumem as muitas antropologias do Corpo e da Saúde em produção.

1. Modos contemporâneos de subjetivação em diálogo com o campo da saúde. Abrimos a coletânea com quatro artigos que colocam em relevo as percepções de sujeitos – doentes ou cuidadores – sobre corpos e como tais percepções desencadeiam agências que dialogam com ou desafiam os saberes hegemônicos na área da saúde. O artigo de Soraya Fleischer, *Pulmão murcho, manchado ou esburacado? Concepções sobre a DPOC entre idosos de classe popular no Distrito Federal*, traz aportes para uma antropologia das doenças pulmonares, a partir das concepções de sujeitos diagnosticados com as chamadas Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC). A percepção que esses sujeitos têm de seus pulmões, além de poder ser pensada em relação à adesão ao tratamento ou à desconfiança em relação aos procedimentos biomédicos, também está atrelada ao imaginário das doenças pulmonares, como a tuberculose e a pneumonia – carregadas de estigmas, ao contrário da DPOC, que não necessariamente é vista como doença.

Em *Raridades em causa: práticas ativistas de pacientes e familiares com doenças raras no Distrito Federal*, Victor Cezar Sousa Vitor aborda a trajetória de vida de ativistas sociais no “campo das Raras”, ou seja, pessoas que vivenciam os movimentos sociais em saúde, cuja experiência individual com a doença – com um parente ou consigo – torna-se um projeto coletivo. As entidades, que se entrelaçam com a história pessoal dessas mulheres, relacionam-se diretamente com o Estado e lutam pela “estatização de doenças historicamente invisibilizadas”, ou seja, o reconhecimento de sua gravidade como uma ameaça do direito à vida, uma vez que o fato de serem raras muitas vezes são um motivo para que deixem de ser alvo de preocupação, seja nos serviços de saúde, seja na formação dos futuros médicos.

Essas experiências de parentes frente à cronicidade de doenças também têm dado fôlego às pesquisas que têm repensado o papel de cuidadoras, mulheres que, por uma série de questões marcadas por gênero, passam a ter como projeto de vida o cuidado de pais, maridos ou filhos. O artigo de Cíntia Liara Engel, *Óleo de coco, banha de porco, prazer de comer e os deslizamentos do saudável: manejos de versões da Doença de Alzheimer a partir de terapias alimentares*, mostra como essas cuidadoras se engajam num campo de poder-saber na busca de uma vida melhor a parentes acometidos pela doença. A discussão gira em torno do consumo de alimentos – um ponto pouco abordado, segundo a autora, na complexidade da doença. A partir do exemplo do óleo de coco, que passou a ser visto como auxiliar nos tratamentos, Engel etnografa mulheres que se engajam em redes das quais fazem parte especialistas, fazendo com que elas desenvolvam expertises e sejam questionadoras de verdades prontas.

O artigo *Desenvolvimento infantil e deficiência: notas etnográficas sobre a Síndrome Congênita do Vírus da Zika*, de Thais Maria Valim, também se volta à etnografia de serviços de saúde e ao acompanhamento de cotidiano de pacientes e seus parentes para mostrar como as concepções padronizadas de corpos – difundidas a partir da biomedicina do Estado e ganhando o senso comum –

constroem mundos de abjeções e vidas estigmatizadas para as crianças acometidas pela microcefalia em decorrência da Zika. Valim recupera a história das percepções coletivas sobre deficiência, profundamente biomédicas, em que a pessoa com características fora de um padrão é pensada como “desvio da natureza” ou “desordem biológica”. Com relatos de mães que tiveram diagnósticos comunicados de forma trágica com pouca esperança e com base em estudos que pensam o “corpo deficiente” como um outro corpo possível, preenche de outras possibilidades de aprendizado e desenvolvimento, a autora propõe um novo olhar sobre deficiências e doenças como forma de “estar no mundo” e não como falta em relação ao mundo.

2. Corporalidades que desafiam os saberes hegemônicos na saúde. O artigo de Valim também revela o desafio que tais corpos em dissidência apontam para os saberes da biomedicina que fundamentam o Estado e suas biopolíticas. A etnografia de grupos invisibilizados ou marginalizados e suas corporalidades faz da Antropologia da Saúde um campo de saber que, ao iluminar essas práticas e saberes, põe em relevo o desafio que se coloca às lógicas corporais ocidentais. Três artigos da presente coletânea mostram que o campo do gênero e da sexualidade mantém sua fertilidade na resignificação das dissidências corporais e a pressão que se exerce sobre os serviços de saúde e o saber biomédico. Um quarto artigo recupera o vigor da Etnologia Indígena e suas bases brasileiras que mostraram como o corpo é um idioma central para as sociedades indígenas das terras baixas da América do Sul (SEEGGER, DAMATTA e VIVEIROS DE CASTRO, 1979). E outros dois mostram, como os corpos, – sejam insones ou maratonistas – tanto excedem qualquer formulação que possa ser feita quanto estão sempre abertos a tornar obsoletos os limites e possibilidades pensados em termos biomédicos e biológicos – limitantes e limitados.

Júlio Ferro Nascimento, no artigo *Nem só de hormônio vive o homem: representações e resistências de homens transexuais (1984-2018)* aponta a padronização de experiências *trans* pelo olhar da imprensa que, nas reportagens realizadas parecem reduzir esses sujeitos ao uso de hormônios ou outras questões ligadas às esferas do corpo e da saúde. A pesquisa inclui a vida de João Nery – psicólogo, escritor e ativista, o primeiro homem trans brasileiro a circular e se tornar conhecido através de reportagens por conta da publicação do livro *Viagem Solitária* – e entrevistas com homens trans. Nascimento mostra que o recurso a procedimentos biomédicos, como cirurgias e hormônios, não está acessível a todo e qualquer sujeito trans, o que também abre caminho pra se pensar que, apesar da importância delas, não são essas experiências corporais de base biomédica que determinam uma identidade trans ou definem os sujeitos, mas sua autopercepção como homem.

Num caminho muito semelhante, o artigo *Regimes de visibilidade/conhecimento nas experiências da “(des)montagem” e do “(não) passar” por homem e/ou mulher*, de Tiago Duque, consiste numa etnografia de sujeitos que se constroem na relação com os saberes dominantes de gênero e sexualidade, sem deixar de produzir certa fluidez, para além dos binarismos. Ao contrário das políticas identitárias que, muitas vezes, permeiam políticas públicas, postulando certos corpos e sujeitos padronizados, os LGBTs entrevistados constroem experiências *queer*, ao realizarem “montagens estratégicas” em que podem articular elementos mais masculinos ou femininos em seus corpos, de acordo com diferentes situações socioculturais. Pensar gênero de forma não binária é ainda fonte de especulações quando se coloca em foco os serviços de saúde ou mesmo os sistemas de

ensino, em que os sujeitos precisam construir gêneros inteligíveis contra os fantasmas da abjeção, pois são generificados nas anátomo-políticas moderno-contemporâneas (FOUCAULT, 1987), da sala de aula ao consultório.

Pressupondo identidades de gênero e/ou identidades sexuais estanques, ou sujeitos cidadãos conscientes que basta terem acesso à informação para seguirem “boas práticas de saúde”, os serviços e suas campanhas de prevenção podem levar a desenvolvimentos outros. Vladimir Bezerra, no artigo *Representações da pele na experiência do sexo bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro* traz a realidade das relações sexuais sem preservativo, um desafio às políticas públicas que têm nesta forma de prevenção a principal aposta contra a disseminação da Aids. O autor investiga os sentidos que os sujeitos atribuem à pele, numa etnografia em que a produção de dados se dá a partir da produção de sensações corporais, de pesquisador e pesquisados. O trabalho é importante para se pensar que as políticas de saúde impulsionam modos de subjetivação não apenas adesistas, mas também dissidentes, tais como a de sujeitos que veem no sexo sem preservativo uma forma de liberdade. Nesse universo, um diagnóstico positivo de HIV pode significar a retirada de um “peso nos ombros”, quando o fantasma da doença deixa de pairar sobre todo e qualquer contato sexual.

Tais aberturas de corpos para novas possibilidades de autocuidado e saúde desafiam a cultura ocidental que, pelo menos em seus discursos hegemônicos produzidos sob a influência da biomedicina, constitui *corpos fechados* em si mesmos, compostos de órgãos com funcionalidades específicas e delimitados na própria pele, como um limite da própria individualidade. O olhar para “outros corpos” ou outras possibilidades de construí-los aponta para uma história da Antropologia, anterior mesmo à constituição de uma Antropologia da Saúde, em que as cosmologias não ocidentais colocam em xeque um corpo anterior à cultura, pronto, delimitado e mera superfície de inscrição social.

A produção de corpos desafiante ao Estado e biomedicina, borrando também fronteiras entre saúde e doença, fica evidente nas cosmologias ameríndias que há muito contribuem para uma antropologia das noções de pessoa e corporalidade. No artigo *Nanaa: o corpo como lugar de nomeação pessoal*, Fabio de Sousa Lima, Danielle Pereira Lima e Olendina Cavalcante mostram como os Wapichana, grupo indígena de Roraima, elaboram as noções de corpo e pessoa pela palavra, ou seja, a partir de “possibilidades multivocais de modelagem do corpo através de diversos tipos de ações”. Como a nomeação, em que o nome acopla uma alma ao corpo, tornando-o pessoa, ou seja, não há corpo “biológico” pronto a tornar-se pessoa. Citando Sônia Maluf (2001), os autores mostram a construção contínua juntamente de um corpo que também é construído nesse processo, como, por exemplo, no engrossamento do sangue que supõe um corpo saudável – um ponto que certamente choca-se com as teorias ocidentais biomédicas de saúde.

Patamares de saúde, biologia e os limites do corpo também são colocados à prova na pesquisa de Isabel Siqueira, relatada no artigo *“A dor e o incômodo são passageiros, mas o orgulho é eterno”: incitação e evitação da dor entre atletas de ultramaratona*. A autora narra a perspectiva de participantes de provas de corrida cujos percursos têm 235 quilômetros e exigem muito dos atletas, para além do que é considerado “normal” ou possível. Diluindo a fronteira entre dor e prazer, as experiências desses atletas mostram que a dor – vista como sintoma na perspectiva biomédica – e as próprias classificações sensoriais são construídas a partir de uma rede de relações que incluem outros atletas, patrocinadores, parentes, discursos de superação. Situações, à primeira vista dolorosas, podem ser

pensadas como tranquilas, quando representam a conquista de um objetivo. Na tradição antropológica do corpo que inclui nomes como Mauss (2003), Csordas (2008) e Le Breton (2010), Siqueira nos fala de um corpo nada pré-cultural que aguarda uma inscrição social, mas “agente ativo na criação de mundos”. Nesse sentido, não são eventos isolados nem manifestação de uma suposta “natureza”, mas produto de contextos e interações, em que precisamos pensar no prazer associado à dor na produção dos corpos dos ultramaratonistas.

Os esportes e outras técnicas corporais (MAUSS, 2003), ainda que apresentem questionamentos aos limites do corpo biológico pré-estruturado, com o tempo são absorvidos como possibilidades numa cultura voltada à maximização da produtividade a partir de máquinas e de corpos. Até porque o pensamento do corpo biológico, pronto, pré-formado não exclui as possibilidades de moldagem, “conserto” ou melhora – vide toda uma indústria estético-fármaco-cirúrgica voltada para isto. Mas quando o corpo possível aponta na direção oposta dos ditames de tal produtividade? *O Corpo Insono (C.I): do sono como dispositivo, da insônia como gestus*, artigo de Potyguara A. dos Santos, Carolline Pinho e Mônica Araújo, traz um interessante conflito de saberes: de um lado, uma indústria bio-fármaco-médica se volta à insônia como um problema de saúde contemporâneo; de outro, a experiência da insônia a partir dos insones e suas narrativas de noites em claro. Talvez o corpo insone seja menos um “não conseguir dormir” e mais um “não querer”, ou seja, uma outra corporalidade possível, uma outra leitura corporal do tempo para além das horas “úteis” do dia e dos pares *noite/descanso, dia/trabalho* naturalizados.

3. Sujeitos, instituições e serviços de saúde. Encerram este dossiê, quatro artigos que se coadunam ao colocar em perspectiva a atuação de instituições e dos praticantes das políticas do Estado ou a relação dos sujeitos em relação a instituições que promovem ou se entrelaçam a modos contemporâneos de subjetivação. Não se trata de uma exclusividade desses artigos, já que a maioria dos trabalhos que compõem este dossiê produzem o que Maluf e Andrade (2017: 180) chamam de “antropologia do Estado e das políticas públicas”, a partir do confronto “dessas políticas com as experiências sociais [o que] poderia contribuir para uma avaliação qualitativa das próprias políticas públicas”. A partir dessas experiências é possível “que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado” (idem: 177).

Ao trazer à tona narrativas de jovens que cumpriram medidas socioeducativas, o artigo *O “veneno” e a adrenalina na “vida do crime”: corpo, emoções e subjetivação*, de Danielle Vieira, relata trajetórias marcadas por sentimentos conflitantes: de um lado, a dor e a angústia (o “veneno”) da privação da liberdade, do outro, a adrenalina das experiências que geram conflitos com a lei – ultrapassando a ideia do “ethos guerreiro” que marcaram etnografias clássicas da área. O “veneno”, categoria êmica que indica um conjunto de emoções negativas – e que nos faz repensar que tipo de ressocialização é esta –, se produz nos castigos, torturas e “ortopedias morais” dessas instituições, onde a presença do Estado se faz nas marcas visíveis no corpo. O “veneno” fortalece o corpo na sua constituição como sujeito e potencializa a adrenalina da vida “lá fora”, pensada na brevidade diante da possibilidade da morte. Vieira também aponta para questões importantes como a medicamentação (ritalina, antidepressivos e outras drogas lícitas) desses jovens, como política de docilização desses corpos, bem como aponta para os efeitos terapêuticos da narrativa tomada como metodologia privilegiada em suas incursões etnográficas nas instituições: a narrativização, tomada não como

representação de experiências, mas a constituição delas, torna-se neste caso uma oportunidade para esses jovens desabafarem o “veneno”.

Esse olhar etnográfico para as instituições e políticas, nos aponta para como os protocolos de atenção e os dispositivos do Estado estão marcados a “agências imprevistas” (MALUF e ANDRADE, 2017: 175) por parte dos profissionais que “fazem” o Estado em suas práticas. Esse também é um dos apontamentos do artigo de Esmael Oliveira e Danilo Lopes, *Da (bio) política às biopotências: reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil*, em que os autores trazem à luz leis e normas técnicas que incorporam as lutas dos movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica que vão de encontro às práticas que reatualizam o velho “modelo de intervenção jurídico-policialesco”. Ao pensar a política pública de saúde mental, em pleno desmonte no cenário político-sanitário dos últimos anos, levando em conta experiências de usuários e profissionais, Oliveira e Lopes percebem a produção de discursos em que os serviços e políticas de saúde são defendidos como a supressão do indesejável, através da domesticação de corpos com práticas autoritárias e higienistas. As experiências singulares e seus sujeitos, defendidas pelos movimentos sociais, tornam-se descartáveis e são interditas frente a normatizações de uma “racionalidade moralista, higienista e policialesca”. Como antídoto a tal racionalidade biopolítica, os autores defendem a capacidade dos sujeitos e coletivos produzirem outras concepções de saúde e existência (biopotências).

A etnografia dos sujeitos e suas práticas na produção das instituições é, de certa forma, o objetivo do trabalho de Bruna Motta dos Santos, no artigo *O corpo nos contextos do cuidado: reflexões sobre as concepções no campo da enfermagem*. A autora mostra que, a despeito do trabalho da enfermagem ter grande influência do modelo biomédico, os aspectos psicológico, social, emocional e cultural do cotidiano da profissão ganham grande destaque quando se coloca em relevo a noção de cuidado tão cara a essas profissionais. O cuidado como uma prática que constitui o outro, em termos de sua integralidade, torna-se uma forma de distanciamento do mecanicismo biomédico em que os sujeitos tendem a ser despersonalizados frente à fisicalidade de seus corpos e à doença em primeiro plano. O cotidiano da enfermagem e sua abertura, para além da técnica, às reflexões subjetivas aponta mais uma vez para a saúde como uma extensa arena de disputas, um campo conflituoso de saber-poder, em que as ciências sociais e humanas em saúde reivindicam legitimidade e reconhecimento neste campo interdisciplinar da saúde pública.

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou, em 1947, a definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o campo biomédico deixou de ser o único a balizar a área, mas certamente não perdeu sua hegemonia. Como mostram Andréia Gimenes Amaro e Viviane Kraieski de Assunção, no artigo *Saúde e bem-estar nos ODS: problematizando os conceitos de saúde e doença a partir do diálogo entre saberes*, ao realizarem uma leitura etnográfica dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) como metas a serem cumpridas pelos países signatários. Um desses objetivos, focado na saúde, parece não reconhecer o conceito amplo de saúde defendido pela OMS e “reflete o conhecimento biomédico e atende aos interesses do modelo de desenvolvimento capitalista”. Ao desconsiderar esses outros conhecimentos e apostar numa “visão unilateral e reducionista incapaz de contemplar a multiplicidade das dimensões que integram os diferentes sujeitos e realidades vividas”, os ODS comprometem o próprio desenvolvimento

sustentável que propõem, uma vez que, ao falar em luta contra doenças e epidemias, não contempla a participação de campos de conhecimento como a Antropologia e as lições da interculturalidade. As autoras propõem a *intermedicalidade* como saída possível.

Os artigos do presente dossiê revelam antropologias da Saúde e do Corpo capazes de se renovar constantemente, a partir de novos trabalhos, sem desconsiderar caminhos teórico-metodológicos já trilhados e que têm consolidado o campo nas últimas décadas. Antropologias essas conectadas às emergências e aos imponderáveis da vida, num futuro sempre aberto e imprevisível. Enfim, além de contribuir com a socialização das reflexões contemporâneas sobre o corpo e saúde, esperamos que a leitura deste dossiê possa ser instigante e, ao mesmo tempo, que sirva de estímulo para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

Referências

ALVES, Paulo César Alves; RABELO, Míriam Cristina. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará, 1998.

ARAÚJO, Reginaldo Silva de. *Doença falciforme: da politização pelo movimento negro como doença étnico-racial às associações representativas dos falcêmicos como doença específica*. Curitiba: Ed. CRV, 2017.

ARAÚJO, Reginaldo Silva de. *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu*. Curitiba: Ed. CRV, 2019.

AURELIANO, Waleska de Araújo. *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande –PB*. Dissertação. [Mestrado em Sociologia]. Universidade Federal da Paraíba, 2006.

AURELIANO, Waleska de Araújo. *Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

AZIZE, Rogério Lopes. *A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica*. Tese. [Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, 2010.

AZIZE, Rogério Lopes. *A química da qualidade de vida: uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. Dissertação. [Mestrado em Antropologia Social]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BORGES, Susana Sandim. *Entre ruas, pedras e sujeitos uma etnografia sobre o Crack por trajetos cuiabanos*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Mato Grosso, 2018.

CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Universidade Estadual de Campinas, 2011.

- CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Eduerj/Edusp, 1998.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CHAZAN, Lilian. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- CSORDAS, Thomas. *Corpo/Significado/Cultura*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2008.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. RJ: Fiocruz, 1998.
- FLEISCHER, Soraya. *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- JEOLÁS, Leila Sollberguer. *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da Aids*. Londrina: EDUEL, 2007.
- KNAUTH, Daniela Riva. *Os Caminhos da Cura: Sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
- LE BRETON, David. *A Sociologia do Corpo*. Rio de Janeiro, Vozes, 2010.
- LEAL, Ondina Fachel. *Corpo e significado: Ensaio de Antropologia Social*. 2 ed. Porto Alegre: EdUFRGS, 2001.
- LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- MALUF, Sônia W. “Antropologias e políticas em contextos de crise: saudades do futuro”. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa. *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita, 2018. pp. 24-36.
- MALUF, Sônia Weidner. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Esboços*, 9 (9): 87-101, 2001.
- MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde e Sociedade*, 26 (1): 171-182, 2017.
- MALUF, Sônia W.; QUINAGLIA SILVA, Érica; SILVA, Marcos A. da. Antropologia da Saúde: entre práticas, saberes e políticas. *BIB*, São Paulo, 91: 1-38, 2020.
- MARTIN, Denise. *Riscos na prostituição: um olhar antropológico*. São Paulo: Humanitas/FAPESP, 2003.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: CosacNaify, 2003.
- MIRANDA, Járede Oliver De. *Corpos Híbridos: O estranho como devir na Literatura Especulativa*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Mato Grosso, 2018.

MONTEIRO, Paula. *Da doença à desordem. A magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

NAKAMURA, Eunice. *Depressão na infância: uma abordagem antropológica*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2016.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar Borges; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCHUSTER, Haydeé Tainá. *A dona da rua: Territorialização e Performance de gênero a partir da prostituição de travestis na baixada cuiabana*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Mato Grosso, 2018.

SEEGER, Anthony; DAMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19, 1979.

SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TORNQUIST, Carmen Suzana. *Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

VÍCTORA, Ceres Gomes. *Mulher, Sexualidade e Reprodução: Representações de Corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

Pulmão murcho, manchado ou esburacado?

Concepções sobre a DPOC entre idosos de classe popular no Distrito Federal

Soraya Fleischer¹
Universidade de Brasília

Resumo: As Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) configuram uma das mais significativas causas de morbidade crônica e mortalidade no Brasil. Há um esforço das áreas biomédicas e das políticas públicas em abordar esse problema epidemiológico. Contudo, há pouco acúmulo no sentido de uma Antropologia das doenças pulmonares. Nossa equipe entrevistou 28 pessoas que tinham recebido o diagnóstico de DPOC, que já frequentavam habitualmente o Ambulatório da Pneumologia de um grande hospital universitário e recebiam o serviço de oxigenoterapia. Nesse artigo, a ideia é oferecer um aporte antropológico à discussão sobre a DPOC para conhecer como essas pessoas percebiam seus pulmões, entendiam a doença e vislumbravam o futuro com a mesma. Essas concepções sobre anatomia e adoecimento são fundamentais para entendermos a relação com os medicamentos, a adesão aos tratamentos, a relação com os profissionais de saúde e, assim, melhor modularmos o acolhimento e tratamento a esse público, em geral, idoso.

Palavras-chave: DPOC; Pulmão; Antropologia; Distrito Federal.

¹ Professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Bacharel em Ciências Sociais (UnB, 1997), Mestre em Antropologia Social (UnB, 2000), Doutora em Antropologia Social (UFRGS, 2007), com pós-doutorado em Antropologia pela Universidade de Johns Hopkins (2016).

Withered, stained or potholed lung?

Conceptions about COPD among low-income elderly in the Federal District

Abstract: Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) are one of the most significant causes of chronic morbidity and mortality in Brazil. There is an effort by the biomedical areas and by public policy to address this epidemiological problem. However, there is little literature from Anthropology. Our team interviewed 28 people who had been diagnosed with COPD, who were already attending the Pulmonary Outpatient Clinic of a large university hospital and receiving oxygen therapy. In this article, the goal is to offer an anthropological contribution to the discussion about COPD, to know how these people perceived their lungs, understood the disease and envisioned the future living with it. These conceptions about anatomy and illness are central to understand the relationship with medications, adherence to treatments, relationship with health professionals and, therefore, better modulate the reception and treatment of this elder public.

Key-words: COPD; Lungs; Anthropology; Federal District (Brazil)

¿Pulmón marchito, manchado o con baches?

Concepciones sobre la EPOC entre los ancianos de bajos ingresos en el Distrito Federal

Resumen: Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) son una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad crónicas en Brasil. Las áreas biomédicas y las políticas públicas se esfuerzan por abordar este problema epidemiológico. Sin embargo, existe poca investigación hacia una antropología de las enfermedades pulmonares. Nuestro equipo entrevistó a 28 personas que habían sido diagnosticadas con EPOC, que ya habían asistido a la clínica de neumología para pacientes ambulatoriales de un gran hospital universitario y recibieron el servicio de oxigenoterapia. En este artículo, la idea es ofrecer una contribución antropológica a la discusión sobre la EPOC para saber cómo estas personas percibieron sus pulmones, entendieron la enfermedad e imaginaron el futuro con ella. Estas concepciones sobre la anatomía y la enfermedad son fundamentales para comprender la relación con los medicamentos, la adherencia a los tratamientos, la relación con los profesionales de la salud y, por lo tanto, modular mejor la recepción y el tratamiento para este público, en general, compuesto por ancianos.

Palabras clave: EPOC; pulmón; Antropología; Distrito Federal (Brasil).

As doenças pulmonares obstrutivas crônicas são “uma das principais causas de morbidade crônica e mortalidade, no Brasil e no mundo” (TORRES et al, 2018: 1). No Brasil, ela já ocupa a quinta posição em causa de mortalidade. Anualmente, morrem cerca de “38 mil pessoas” (SOUSA et al, 2011: 899) e são internadas cerca de “290 mil pacientes, trazendo um gasto enorme ao Sistema de Saúde do país. Tão importante quanto os gastos diretos são os gastos indiretos, computados como dias perdidos de trabalho, aposentadorias precoces, morte prematura e sofrimento familiar e social” (JARDIM et al, 2004: 7). Há um esforço científico das áreas biomédicas bem como uma relativa prioridade das políticas públicas em abordar esse problema epidemiológico. Contudo, há pouco acúmulo no sentido de uma antropologia das doenças “pulmonares”. Contamos, para citar alguns exemplos, com um importante clássico, ainda na década de 1940 (NOGUEIRA, 2009 [1949]), e como alguns poucos trabalhos mais recentes no cenário nacional (PINTO ET AL, 2008; GONÇALVES et al, 1999; MARTINS, 2014; FLEISCHER, 2015) e internacional (BECKER et al, 1993), por exemplo.

Essa pesquisa, realizada em 2013, teve como intuito mais geral conhecer as pessoas que tinham recebido o diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e que já frequentavam habitualmente o Ambulatório da Pneumologia de um grande hospital universitário e recebiam o serviço de oxigenoterapia oferecido pelo SUS. Nesse artigo, a ideia é oferecer um aporte antropológico à discussão sobre a DPOC, no sentido de conhecer como essas pessoas percebiam seus pulmões, entendiam a doença e vislumbravam o futuro com a mesma. Essas concepções sobre anatomia e adoecimento são fundamentais para entender outras, como a relação com os medicamentos, a adesão aos tratamentos, a relação com os profissionais de saúde – todos elementos que precisam continuar a ser estudados em pesquisas futuras. Esses dados oferecem grande oportunidade para lançarmos o olhar da Antropologia às doenças pulmonares, de forma mais circunscrita, e à experiência de adoecimento crônico e continuado, de forma mais geral.

A seguir, serão apresentados a metodologia da pesquisa, o contexto socioeconômico dos 28 entrevistados e as concepções relativas, primeiro, ao órgão afetado; segundo, às razões para a instalação da DPOC; e, por fim, às perspectivas vindouras na convivência com a doença.

Metodologia

Essa pesquisa foi realizada *pari passu* à docência. A maior parte da pesquisa foi realizada como uma atividade regular da disciplina de graduação “Antropologia da saúde”, oferecida pelo meu Departamento de Antropologia (DAN). A turma, composta por 28 estudantes de diferentes cursos (Antropologia, Sociologia, Saúde Coletiva, Psicologia e Enfermagem), realizou etapas fundamentais de uma pesquisa, como a busca e cobertura bibliográfica, a elaboração do roteiro de entrevistas, a realização do pré-teste do instrumento, a condução das entrevistas, a transcrição do material gravado em áudio, a análise de dados e a escrita de ar-

tigos científicos. Além disso, foi proposital realizar a disciplina e a pesquisa dentro do hospital universitário para que, desde o início, as estudantes pudessem se familiarizar com a rotina hospitalar. Duas vezes por semana, a turma frequentava os corredores, balcões de atendimento, salas de espera do Ambulatório de Pneumologia e espaços externos ao prédio.²

O pré-teste da entrevista, realizado nas dependências do Ambulatório, revelou que as pessoas se sentiram sem privacidade para falar de assuntos dolorosos e delicados na frente de todos ali sentados, mantiveram sua atenção voltada para que a fila de espera fosse respeitada e modularam suas respostas conforme as hierarquias percebidas facilmente dentro do hospital (CHAZAN, 2005; Fleischer, 2018). Assim, a turma optou por realizar as entrevistas na casa das pessoas, prevendo ser mais confortável e menos oneroso se ficassem ali, em vez de terem que vir ao hospital uma outra vez, trajeto exaustivamente realizado por elas no cuidado rotineiro da DPOC. Priorizar à casa ao hospital criou uma inversão importante: permitiu que deixassem de ser apenas “pacientes” para se tornarem narradores em primeira pessoa, contando sobre suas experiências diretas com a DPOC (CHARON, 2006).

A equipe do Ambulatório nos passou uma lista com os nomes e contatos telefônicos das pessoas e as entrevistas foram realizadas por duplas interdisciplinares de estudantes. Além disso, cada entrevista gerava um “diário de campo”, ferramenta fundamental da Antropologia (MALINOWSKI, 1984 [1922]; CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998). Uma coisa são as entrevistas transcritas, um texto literal, muito próximo ao que foi dito pela entrevistada. Outra coisa é o registro de informações não necessariamente audíveis ou verbalizadas. A atmosfera da entrevista, os assuntos tratados antes e depois de o aparelho de gravação ser ligado, as reações sentidas pela entrevistadora, a experiência de fazer pesquisa como parte de uma disciplina de graduação são todos detalhes a serem registrados nos diários de campo. Ao todo, 28 pessoas foram entrevistadas, muitas vezes em companhia de seus cuidadores, em geral esposa, filha e/ou neta. A todas elas, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido para conhecimento e assinatura. Como a grande maioria de entrevistadoras, entrevistadas, cuidadoras e profissionais de saúde são mulheres, nesse artigo optamos por seguir o plural feminino. A única atividade que foi realizada antes dessa disciplina começar foi a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CAAE 13702613.0.0000.5540).

Contexto socioeconômico

Vale apresentar um panorama socioeconômico sobre as 28 pessoas entrevistadas. 21 das entrevistadas eram mulheres e apenas 7, homens. A grande maioria era idosa, com mais de 60 anos de idade, com uma média de 67 anos de idade. Elas vinham de todas as regiões do país (exceto da Região Norte) e com predominância dos estados de Minas Gerais e do Nordeste. A maioria das pessoas veio um

² A disciplina contou ainda com a participação de Raysa Martins, à época mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, como assistente de pesquisa; Natharry Almeida, graduanda em Ciências Sociais que participou como monitora discente; e Antônio Cyrino, médico e professor do curso de Medicina da UNESP em Botucatu/SP, em estágio pós-doutoral no DAN. A equipe de pesquisadoras foi composta por: Bruna Lima, Caio Capella, Darlene Moura, Fernanda Benedete, Hugo Fernando, Jackeline Magalhães, Jéssica Souza, Monique Batista, Laísa Almeida, Letícia Carlos, Letícia Dias, Lilian Macedo, Luana Galeno, Lucas Wandenkolk, Marcia França, Marina Flores, Mayara Martins, Monique Mesquita, Natharry Almeida, Paulo Coutinho, Priscila Duhau, Rafaela Raposo, Sanlai Nascimento, Stéfane Guimarães, Tamar Campos, Thalita Anjos, Thayse Caires e Yuri Corteletti. Aproveitamos para agradecer à toda a turma da pesquisa, bem como a todas as pessoas entrevistadas, suas respectivas famílias e a equipe do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário.

pouco antes da inauguração da capital federal (3) e logo nas primeiras duas décadas da nova capital (9 na década de 1960 e 8, de 1970). Sete pessoas vieram nas décadas de 1980, 1990 e 2000 – possivelmente já doentes para viver com os filhos e receber tratamento. Excepcionalmente, uma pessoa estava em Minas Gerais e vinha até a capital especialmente para as consultas. À época da pesquisa, a maioria das entrevistadas vivia em regiões mais distantes do centro da cidade, onde está o hospital universitário. Assim, 21 pessoas precisam percorrer grandes distâncias para chegar à consulta, reabastecer as “balas” de oxigênio ou receber uma internação. Moravam entre 10 e 50 quilômetros do hospital.

Quanto ao estado civil, 18 pessoas eram casadas. Cinco eram viúvas, duas haviam se separado e três eram solteiras. Vale mencionar que duas das viúvas haviam chegado mais recentemente ao DF para, justamente, morar com os filhos e receber seus cuidados. Das pessoas que não tinham cônjuges à época da pesquisa, todas contavam com familiares (filhas e netas, especialmente) morando por perto. Quase a totalidade das entrevistadas tinha filhas (26 das 28) morando proximamente. Destas, as filhas eram todas adultas. A maior parte das entrevistadas professava alguma fé, sendo católicas (15), evangélicas (8), espíritas (3), budista (1) e uma se identificou como “católica e crente” ao mesmo tempo. Algumas das católicas se disseram não praticantes. Ninguém se definiu como “sem religião”.

Muitas das mulheres da pesquisa se definiram como “donas de casa” (10). Isso implicava que, embora pudessem ter trabalhado fora do âmbito doméstico e de forma remunerada, ainda figuravam como principais responsáveis pelo trabalho doméstico na própria casa. Outras atuaram como costureiras (2); lavadeira (1); lavradora (1); faxineira (1); comerciária (1); comerciante (1). Com diploma de ensino médio completo, duas haviam sido técnicas administrativas. Com nível de ensino superior, entrevistamos uma psicóloga e uma professora secundarista. Os homens tiveram ocupações como: comerciário (1), marceneiro (1), sapateiro (1), pedreiro (1), trabalhador de fábrica de cimento (1) e técnico em manutenção (1), motorista (1). Vale lembrar que várias dessas profissões lidam com muita poeira e/ou substâncias tóxicas, como cola para sapato, serragem de madeira, pó de cimento, poeira doméstica, penugem de tecido, agrotóxicos, sabão, produtos químicos de limpeza, fogão à lenha etc. Esse é um dado central no desenvolvimento da DPOC, como se verá adiante.

O conjunto de entrevistadas conta, em geral, com pouca ou nenhuma escolaridade. Sete eram iletradas (5 mulheres e 2 homens); 6 não haviam terminado o nível fundamental de ensino (5 mulheres e 1 homem); 4 tinham o fundamental completo (3 mulheres e 1 homem); uma mulher e dois homens não chegaram a terminar o ensino médio e uma mulher, sim. Duas mulheres tinham o curso superior completo.

Resultados e discussão: Conjuntos de concepções relativas às doenças pulmonares

Em primeiro lugar, seguindo os preceitos básicos da Antropologia da Saúde (IBÁÑEZ-NOVIÓN et al, 2012; DUARTE, 1988), é muito importante considerar como o órgão do pulmão era concebido, imaginado, ilustrado por essas pessoas, já que se tratava do órgão a concentrar as doenças que estavam sendo vivenciadas. Em segundo lugar, havia um conjunto de causas que estas pessoas identificavam para o surgimento e desenvolvimento dessas doenças pulmonares, em especial da DPOC. Esses dois conjuntos – imagens do órgão e explicações para o

adoecimento – eram absolutamente inter-relacionadas e fundamentais para que se compreendesse como essas pessoas entendiam (ou não) os diagnósticos recebidos e aderiam (ou não) aos tratamentos prognosticados. Aqui, fica claro que, mesmo que o diálogo com as autoridades biomédicas fosse central na relação com as doenças e também com os serviços de saúde da cidade, é preciso lembrar que também construíam suas próprias imagens do corpo e do adoecimento que poderiam preceder e ultrapassar as concepções fisicalistas sobre as DPOC que provêm da biomedicina. Muitas vezes, os ruídos de comunicação e de tratamento advinham do desconhecimento e da indisponibilidade das equipes de saúde para compreender a percepção dos pacientes.

As imagens sobre o pulmão

Notamos sete imagens elaboradas por essas pessoas para representarem o pulmão. São metáforas que funcionam de modo bastante concreto na tentativa de imaginar como era esse órgão que estava dentro do corpo e que se experienciava de forma sensorial a cada respiração, mas que não era parte exatamente visível ao olho nu. Compreendemos essas imagens como tentativas de formular explicações para a situação em que o pulmão se encontrava, após anos de adoecimento. Os substantivos, adjetivos e caracterizações imagéticas – como elástico, balão, buraco, buchinha, parede, mancha – funcionam bem como metáforas. Conseguem comunicar sensações e sentimentos porque conseguem “inventar similaridade onde não existia previamente” (SCHUSTERA et al, 2011: 585). Abaixo, para facilitar a visualização e o entendimento, foram arrolados exemplos encontrados ao longo das entrevistas que melhor expressassem as ideias contidas nas metáforas.

Uma das perguntas do roteiro foi “*Como a médica explica a doença à senhora?*” Por isso, muitas das respostas se referem a “*ela me disse*”, “*ela me explicou*”, “*a médica me contou*” etc. As imagens descritas pelas entrevistadas eram, portanto, influenciadas pelo encontro clínico e hospitalar, no consultório e durante as internações. Constituem interpretações, reelaborações de várias informações que receberam nos hospitais, mas também em conversas com outros adoecidos, com seus familiares, na sala de espera, pela vizinhança e visitas à terra natal etc.

A cor preta foi apontada como sinal de severidade. As radiografias, embora sejam todas em P&B, foram indicadas como material visual que auxiliou na localização e imaginação dessas doenças. Quanto mais a cor preta predominasse na imagem e quanto mais intensa fosse essa coloração, mais era tida como grave a DPOC. Além disso, foram usadas técnicas visuais para explicar a situação dos pulmões. As pessoas mencionaram ter visto, no computador da médica, retratos, que os pulmões foram desenhados num quadro, que um filme lhes foi transmitido no consultório ou em palestras. Ainda nesse registro visual, atentamos para o fato de que falam, em geral, no plural, “*pulmões*”, a dupla formada pelo pulmão esquerdo e o direito. Se apenas um pulmão fosse acometido, a situação era percebida como menos grave e mais fácil de lidar.

Tabela 1. Imagens do pulmão humano

IMAGENS DO PULMÃO	TRECHOS DAS ENTREVISTAS
<p>1. Pulmão murcho, seco</p>	<p><i>Era o pulmão esquerdo, que é murcho, o fôlego não vai até lá, por isso que é pequenininho. E quando você respira, o ar não vai lá. Na época, morreu o elástico e fechou. Mas era só o esquerdo. (Mulher, lavradora aposentada, 70 anos)</i></p> <p><i>A doutora diz que eu tenho encolhimento do pulmão, é como se eu tivesse só 50% do pulmão funcionando. Ele bate o raio X e vê. É só andar um pouco e já fico cansada, por isso uso minha bengala, porque eu descanso um pouco com ela. (Mulher, 58 anos, autônoma, casada)</i></p> <p><i>A doutora disse que é um pedacinho do pulmão que vai secando. Aí, dá isso. (Mulher separada e dona de casa, 70 anos)</i></p>
<p>2. Pulmão colado</p>	<p><i>Eles entraram com um medicamento para tentar dilatar porque tinha colado o pulmão. Se não desse certo, eles teriam que fazer aquela traqueostomia. Eles entraram com medicamento, era uma bombinha e conseguiram dilatar e não precisou furar. (Mulher)</i></p>
<p>3. Pulmão inchado</p>	<p><i>Eu fico com falta de ar, mas não é nada de bactéria. A médica disse que o pulmão inchou. (Mulher, 60 anos, goiana, casada, costureira, três filhos)</i></p>
<p>4. Pulmão esburacado</p>	<p><i>A doutora explicou pro meu pai e pra minha mãe sobre o enfisema em si, ficava cheio de buraco o pulmão, como se fosse um balão, cheio de buraco. (Mulher, aposentada, divorciada)</i></p> <p><i>A vovó já teve tuberculose. Aí, eles confundem, pegam o raio X e vê que o pulmão dela está cheio de buraquinhos, todo perfurado por causa da tuberculose que foi há muito tempo atrás. Mas como não tinha o tratamento que tem hoje, ficou bem danificado o pulmão dela. Além de tudo, ela tem asma grave. Aí todo mundo se assusta, acho logo que é uma coisa mais séria. (Neta cuidadora de senhora viúva e católica de 86 anos)</i></p> <p><i>A médica me explicou que quando eu tive essa doença, eu comecei um tratamento e não terminei. Então, ele foi só se aprofundando, meu pulmão é cheio de cavidade. Por isso que eu tenho esse problema, qualquer poeirinha, qualquer coisa que eu pego, esses buraquinhos ficam piores. (Mulher, 44 anos, cearense, não trabalha, casada, uma filha)</i></p>
<p>5. Pulmão coberto, tampado, fechado, obstruído</p>	<p><i>Fumaça de cigarro tampou o pulmão. A médica até me ensinou assim, “Você toma banho com uma buchinha?”. Eu digo, “Tomô”. “Você não tem aquele buraquinho da buchinha?”. Eu digo, “Tem”. Aí ela falou, “Você tampou aqueles buraquinhos que você tinha tudinho com a fumaça do cigarro”. Ela me explicou tudinho assim. (Mulher)</i></p> <p><i>Ah, melhorou em algumas coisas. Hoje, eu tenho um ar, uma respiração mais aberta, entendeu? Antes, era como uma coisa fechada, como se fosse uma parede, uma coisa fechada. Uma coisa me sufocando. (Mulher)</i></p> <p><i>Tinha dia que não dava para fazer nada porque eu sentia um fechamento lá dentro, assim, arrochando. Eu sentia por dentro, fechando. (Mulher lavradora aposentada, 70 anos)</i></p> <p><i>A fibrose ataca o pulmão porque obstrui, acaba com uma parte do pulmão. (Homem)</i></p>
<p>6. Pulmão manchado</p>	<p><i>A doença da minha cunhada foi uma doença mal curada, uma gripe, febre. Ela foi fazer um exame e viram uma mancha no pulmão. E só descobriram isso até agora. (Cuidadora)</i></p> <p><i>Isso aconteceu assim: Eu fiz uma consulta lá em Minas Gerais, com uma médica de lá, ela é cardiologista. Essa médica pediu uma chapa, eu fiz o raio-x e ela falou comigo assim: “Olha, a senhora está com uma mancha no pulmão”. Só que eu não levei nada a sério, pensei, “Ah, isso é uma coisa à toa”. Mas só que na hora em que eu resolvi levar a sério, já era um pouco tarde. (Mulher, mineira, 68 anos, aposentada, casada, seis filhos)</i></p> <p><i>É porque eu tenho pneumonia aguda e acusou os pulmões, agravou o meu pulmão. Ficou pretinho porque eu fumava. (Mulher)</i></p>

Encontramos algumas imagens opostas (“murcho” *versus* “inchado”; “esburacado” *versus* “tampado/colado”). Aqui, fica claro como não estão em oposição necessariamente um “pulmão sadio” e um “pulmão doente”. Por um lado, o “pulmão esburacado” é o problema: com “*o enfisema ficava cheio de buraco o pulmão, como se fosse um balão, cheio de buraco*”. Outra senhora explicou que seu “*pulmão está cheio de buraquinhos, todo perfurado por causa da tuberculose*”. Por outro lado, os “buracos” podem se referir, imaginamos, aos “alvéolos” ou “bronquíolos”, naturais da constituição pulmonar. Uma senhora recebeu a explicação da médica, que lhe disse: “*Você tampou aqueles buraquinhos que você tinha tudinho com a fumaça do cigarro*”. Ora o pulmão era visto como adoecido porque se tornava “esburacado”, ora porque ficava “tampado”.

As imagens descritas por essas pessoas retrataram como o pulmão foi lesionado e se tornou enfraquecido progressivamente depois de alguma experiência (fumo, fogão à lenha, pneumonia recorrente, tuberculose não tratada etc.). Essa debilidade tornava o órgão mais suscetível a desenvolver a DPOC. Doenças mal diagnosticadas e malcuídas, a falta de recursos e dedicação para os tratamentos, condições de pobreza foram algumas das razões para que as doenças do pulmão tivessem “piorado” ao longo do tempo. A DPOC, portanto, parecia ser uma doença que se instalava depois de um tempo de vida, era tida como “doença da velhice” ou de um “pulmão envelhecido”, mas também um “pulmão sofrido” ao longo do tempo.

Muitas pessoas disseram que nunca tinham ouvido falar em “DPOC” antes de receberem esse diagnóstico ali no hospital universitário. Não tinham parentes na família que haviam recebido esse diagnóstico. Essa era uma informação relevante porque a família, em primeiro plano, era a referência de um rol patológico possível. Um senhor lembrou, “*Eu perguntei logo à médica, quando ela me falou que minha doença era no pulmão, eu perguntei para ela se eu era tuberculoso. Porque eu tinha uma prima com tuberculose*” (Homem, pernambucano, 75 anos, casado, aposentado). Algumas das doenças pulmonares conhecidas e reconhecidas entre os parentes eram: gripe, bronquite, asma, tuberculose e pneumonia.

Tuberculose e pneumonia foram muito mencionadas e, em geral, tidas como doenças muito mais graves e fatais do que a DPOC. Uma senhora ilustrou isso ao lembrar de um trecho do diálogo que teve com a médica, às vésperas da revelação do diagnóstico:

Eu disse assim, ‘Doutora, a senhora pode me dizer, seu eu tiver câncer, você pode me dizer, por que eu não tenho medo, porque eu tenho fé em Deus, pode ser tuberculose, pode me dizer que eu não tenho medo’. Eu falei assim. Eu tenho muita fé em Deus. (Mulher, piauiense, 70 anos, aposentada, 14 filhos)

É bom lembrar que, para pessoas nessa faixa etária, a representação da pneumonia e tuberculose ainda remetia à forma como essas doenças foram percebidas no início do século XX. Casas de repouso, clínicas de tratamento, isolamento compulsório e risco de contágio foram facetas dessas duas doenças – tuberculose e pneumonia – que construíram o estigma que essas pessoas podem ter visto em sua infância e adolescência (NOGUEIRA, 2009). Contágio, discriminação e morte – elementos tão intrincados entre si – também foram identificados por Pinto et al (2008: 2811) entre os pacientes de DPOC entrevistados em um hospital universitário de Fortaleza (CE), sobretudo porque o “catarro” foi a principal característica corporal percebida e indesejada entre eles. O catarro, também presente na tuberculose e pneumonia, era tido como um forte vetor de contaminação e transmissão dessas doenças. Os entrevistados tendiam, por isso, a se isolar ainda mais quando recebiam o diagnóstico de DPOC.

Com essas doenças pulmonares do século XX, as doenças pulmonares do século XXI são comparadas e contrastadas. Esse é o pano de fundo que identificamos com força entre as entrevistadas que, como indicado acima, tinham sido crianças e adolescentes na primeira metade do século passado. Assim, ouvir que o diagnóstico era uma DPOC, doença crônica e não contagiosa, figurou como um alívio, como um cenário menos grave e alarmante do que uma tuberculose. Uma **doença menos grave** ou até mesmo uma **não doença** foram relacionadas à DPOC, sempre em comparação com essas outras duas doenças pulmonares (TB e pneumonia). Nesse sentido, uma senhora cearense de 51 anos e que trabalhou como auxiliar de administração nos contou:

Entrevistadora: *E a senhora considera a DPOC como uma doença?*

Mulher: *Eu já me acostumei com essa doença. Só que eu tenho que estar sempre cuidando.*

Entrevistadora: *E a senhora se vê como doente?*

Mulher: *Não.*

A DPOC poderia, portanto, não ser percebida como uma “doença”, mas algo mais brando, em relação às outras doenças pulmonares. Ou, quando muito intensificada, ser associada diretamente às outras doenças pulmonares. Dessa forma, algumas pessoas achavam que seu adoecimento atual em muito se aproximava da “pneumonia” ou da “tuberculose”. Quer dizer, algumas pessoas não se percebiam com “DPOC”, por exemplo, mas com uma “*pneumonia há muitos anos*”, como uma senhora (goiana, 60 anos, costureira, casada, três filhos), que explicou estar há uma década nessa situação. Um senhor contou que “*estava ali no hospital universitário devido a uma pneumonia que havia pegado quando mais novo e que ainda não havia sarado*”. Ele havia vindo do Piauí e “*em sua cidade não havia pneumologista*”. Uma senhora disse, “*Essa minha doença sempre foi uma pneumonia silenciosa*” (brasiliense, 41 anos, solteira). Um senhor explicou que não podia mais beber e, à época da entrevista, estava abstinência havia dois meses. Logo em seguida, disse, “*Você sabe, a pneumonia é assim, se beber coisa gelada ela volta. Vai complicando*” (cearense, 76 anos, casado, seis filhos). Muitas achavam que a tuberculose e a pneumonia eram as doenças que haviam levado à DPOC.

Numa classificação quente/frio, tão comum entre as sociedades latino-americanas, tuberculose e pneumonia eram percebidas como “frias”. Isso quer dizer que, na prática, só melhorariam com alimentos, ambientes e atividades “quentes”, isto é, com o contraste térmico. Essa relação entre doenças e cuidados opostos e complementares é conhecida na Antropologia como “síndrome frio-quente” (IBÁÑEZ-NOVION, 2012: 113-132). Por exemplo, “tomar gelado”, como o senhor abstinência acabou de lembrar, tendia a afetar e piorar as doenças “frias” e, por tabela, o estado do adoecido. Portanto, o fato de a DPOC estar estreitamente ligada a essas duas outras doenças “frias” (pneumonia e tuberculose), faz também com que o “frio” seja evitado. É por isso que, nesse rol de elementos gélidos perigosos, o oxigênio concentrado – percebido corporalmente como mais frio do que o oxigênio encontrado na atmosfera – seja percebido como potencialmente perigoso e, conseqüentemente, evitado. Aqui, portanto, repousa uma das explicações para que a oxigenoterapia não seja seguida à risca pelos pacientes.

Três foram os conjuntos de causas mais recorrentemente encontradas ao longo das 28 entrevistas realizadas. O primeiro conjunto se refere ao fumo. O segundo às condições e aos contextos em que essas pessoas trabalharam ao longo da vida. O terceiro conjunto de causas, por fim, se relaciona às condições climáticas em que viviam ou pelas quais precisavam transitar.

Em geral, o cigarro foi a razão mais mencionada como tendo provocado a debilidade dos pulmões e o consequente desenvolvimento da DPOC. As pessoas lembravam da presença do cigarro, sempre com mensuração cronológica: “*Fumei 40 anos*”, “*Fumei por cinco décadas*”, “*Fumei desde os oito anos de idade*”. Mas o fumo era contextualizado e as pessoas nos trouxeram mais informações sobre como essa prática lhes foi apresentada e/ou como passou a ser parte de seu cotidiano. Foram menções, a nosso ver, que claramente se remeteram a razões externas e não necessariamente a escolhas, desejos e comportamentos iniciados individualmente:

Eu aprendi a fumar sabe com que idade? Com cinco anos, brincando nos brinquedinhos, pegava a folha de fumo, fazia cachimbo e fumava. Era pra dizer que estava cuidando da casinha da gente, aprendi a fumar. (Mulher, pernambucana, 73 anos, casada, seis filhos)

Eu comecei porque minha mãe me dava. Eu trabalhava na roça e mãe dava um cigarro pra nós fumarmos porque lá tinha muito mosquito. A gente capinando e o mosquito ia chegando. Aí foi quando eu aprendi a fumar. (Mulher, piauiense, 69 anos, viúva, aposentada, 14 filhos)

É uma fibrose pulmonar. Diz que é através do fumo, mas eu nunca fumei, mas meu marido fumava muito. (Mulher, maranhense, 76 anos, separada, 10 filhos)

Em segundo lugar, os locais de trabalho foram responsabilizados pelo adoecimento pulmonar. Encontramos várias menções nesse sentido ao longo das conversas:

Ah, eu acho que trabalhei com muito tóxico. Eu era técnico de manutenção de supermercado. (Homem, 76 anos, cearense, casado, seis filhos)

Eu trabalhava em um ar condicionado. Eu acho que foi isso. (Mulher, cearense, 51 anos, auxiliar de administração, solteira, dois filhos)

Fui costureira e fazia trabalhos com cotton, que solta uma penugem, uma poeira que era inalada. (Mulher, costureira)

O doutor perguntou pra mim, “A senhora usou o fogo de lenha?” Eu disse, “Doutor, eu vim usar fogo de gás um dia desses”. E eu morava bem no interior, perto da pista principal e tinha muita poeira. (Mulher, piauiense, 69 anos, viúva, aposentada, 14 filhos)

Eu trabalhava de eletricista. Onde eu trabalhava tinha muito bicho morto, carcaça de bicho, muito rato, e eu ficava em espaço pequeno, ficava em espaço pequeno, não tinha onde eu ficar naquelas mansões grandes. Então, aquilo ali me causou um dano terrível porque eu passei a sofrer esse problema, eu não tinha problema médico nenhum até os 45 anos. (Homem, goiano, 61 anos, casado)

Eu trabalhava de marceneiro, tinha uma oficina de marcenaria. (Homem, sul-riograndense, 72 anos, casado, marceneiro aposentado)

Eu nem sei explicar como começou, hoje eu sento e fico todas as horas do dia sentado aqui, sentado e meditando. Eu já trabalhei com muito ingrediente que prejudicou o pulmão, mas eu não sabia, na época quase ninguém sabia de nada. E a última coisa que eu trabalhei para me prejudicar, para chegar ao estado final, foi o cimento. Eu

também já trabalhei com enxofre, no cais do porto, em navio. Mas hoje eu fico pensando porque minha profissão era sapateiro e eu aprendi a profissão muito cedo, com 10 anos. Eu já passei pra profissional com 10 anos. Eu trabalhei muito com cola de sapato e eu penso que aquilo ali, aquele cheiro forte que a gente sente, deve ter feito mal. Eu era novo, caboclo forte e praticava esporte. Essas coisas parecem que não me fizeram mal na época porque eu jogava futebol. (Homem, 75 anos, pernambucano, aposentado, união estável, sete filhos)

Por fim, como terceiro conjunto de razões, as pessoas lembraram do “frio”, “friagem”, “clima”, “vento” e “chuva” como elementos que pioravam a saúde em geral e o pulmão, em especial. Aqui, remetemos à discussão que iniciamos acima, sobre a “síndrome frio-quente”, em que doenças tidas como “frias” precisam de tratamentos “quentes”, opostos termicamente. Um senhor disse: *“Tomei muita friagem, lama, ficava molhado. Vivi na fazenda e lá pegava muita friagem, além de ficar muito na lama, o que comprometeu meu pulmão”*. O clima poderia piorar uma doença simples ou poderia, de fato, iniciar e agravar as doenças atuais, como a DPOC. O frio dificultava a respiração e o funcionamento das vias aéreas. O ar que saía dos concentradores de oxigênio era mais frio e, por algumas pessoas, tido como um ar nocivo, também prejudicial. Por isso, o ar do concentrador era evitado em dias mais frios ou em dias em que a doença pulmonar estivesse “atacada”. Recomendamos, portanto, que o frio seja considerado no idioma das doenças pulmonares e também no cálculo do bom cuidar da saúde.

Considerar a forma como as pessoas identificavam a causa de suas doenças é muito importante porque informa como percebiam as doenças e como decidiam tratá-las. Quando a pessoa adoecida não era identificada como responsável pelo desenvolvimento de sua doença, sua posição como vítima ficava mais pronunciada e, caso estivesse numa situação de dependência de cuidados externos, seus cuidadores tinham muito mais disponibilidade para lhe assistir. Os três conjuntos de causas que identificamos tenderam a localizar as razões da DPOC externamente à pessoa adoecida. Mesmo no fumo, revelaram como a prática foi introduzida por outras pessoas, como a mãe, o marido, as outras crianças na brincadeira etc. No entanto, em uma ou outra entrevista, ficou claro como a cuidadora (geralmente, esposa) culpava o marido por décadas de fumo e, claramente, tinha indisposição e mágoa para lhe prestar ajuda na atualidade. Assim, fica a sugestão de conhecer, para cada adoecida e sua respectiva família, como a DPOC é percebida, sobretudo como as pessoas envolvidas identificam o início e a causa da doença e como organizam cuidadoras e arranjos de cuidado dessa doença crônica. Acreditamos que, dessa forma, será mais fácil entender a forma como o auto/cuidado acontece, aumentando as chances de conseguir desenhar um tratamento que faça mais sentido e seja mais aceito.

Expectativas de cura

Como vimos acima, os pulmões eram imaginados como órgãos delicados e bastante vulneráveis às sequelas de pneumonia, tuberculose, asma, bronquite e gripe. As duas primeiras doenças, como pontuamos acima, eram tidas como mais graves do que a DPOC. Além disso, muitas das causas da DPOC eram tidas como externas ao comportamento do indivíduo, como a prática do fumo, os riscos ocupacionais e o clima. A partir desses dados, notamos que as pessoas sustentavam uma expectativa de cura em relação ao seu estado. Isso quer dizer que, por um lado, não viam a DPOC como grave nem fatal, como a tuberculose foi entendida no início do século XX. Por outro lado, parece que, se suspendessem as causas

externas, isto é, deixassem de fumar, passassem aos fogões a gás, evitassem a exposição às substâncias tóxicas e ao frio, a DPOC poderia melhorar e, num cenário otimista, chegaria à cura.

Quando perguntamos sobre os planos futuros, uma senhora disse: “*Eu espero que o tratamento acabe. Eu só penso em ficar livre desse oxigênio e viver minha vida como era sempre tranquila*”. Uma segunda explicou: “*Eu espero a melhora. Que a médica consiga pelo menos uma coisa que resolva, uma coisa definitiva para esse pulmão aí*” (mulher, separada, aposentada). Outra disse que desejava “*melhorar a cada dia*” (mulher, maranhense, 76 anos, separada, 10 filhos). Uma última nos contou:

A médica me falou que podia ser reversível esse meu problema. Eu caminho, eu vou a pé e volto a pé do posto de saúde e não canso. Antes, eu não caminhava essa mesma distância. (...) Eu tomo o Torazeque que ela passou. Mas Deus me abençoa, todo dia eu peço a Deus para ele lavar e passar a mão, para deixar meu pulmão do jeito que ele era. (Mulher, piauiense, 69 anos, viúva, aposentada, 14 filhos)

Sobre o que esperava do tratamento, essa senhora foi eloquente: “*Com muita fé em Deus, eu quero ficar boa e logo de cara*”. Inclusive, como já indicamos acima, era a concepção de que a DPOC era uma evolução da pneumonia ou da tuberculose, doenças sofridas há mais tempo. Assim, o fato de a pneumonia e a tuberculose serem curáveis hoje em dia, fazia com que a DPOC também pudesse ser.

Por outro lado, ouvimos de várias médicas e técnicas do Ambulatório que pacientes em situação de DPOC eram “pacientes muito graves e sem muita terapêutica”. Só poderiam oferecer “medidas paliativas”. Eventualmente, conseguiam, às custas do oxigênio domiciliar e dos medicamentos, fazer desaparecer os sintomas da doença e, em último caso, acompanhar a progressão da doença. É o que a equipe chamava de fazer a “manutenção da doença”, numa clara alusão aos cuidados paliativos do final da vida. Percebemos um **ruído significativo** entre profissionais de saúde e suas pacientes, sendo que as primeiras acreditavam na limitação terapêutica que podia ser oferecida à DPOC. Enquanto as segundas mantinham uma expectativa de cura.

Os procedimentos que, em vez de melhorarem o estado de saúde, respondiam de modo adverso geravam uma forte sensação de ambiguidade e de desconfiança em relação aos profissionais de saúde, aos medicamentos e aos serviços oferecidos pelo hospital como um todo. Por exemplo, um senhor nos contou que se sentia muito melhor e possuía mais fôlego antes do início das sessões de quimioterapia a que foi submetido para estabilizar sua fibrose pulmonar. Era difícil entender como um tratamento poderia ter lhe debilitado ainda mais. E muitas pessoas estranhavam o mal-estar que sucedia a espirometria, exame clínico para medir a capacidade respiratória.

No que concerne à gestão da DPOC, esta ambiguidade e desconfiança foram notadas por muitas entrevistadas em relação a vários dos procedimentos oferecidos pelo Ambulatório de Pneumologia, como por exemplo:

- a. *as longas crises de tosse e o mal-estar que o exame de espirometria poderia desencadear;*
- b. *o exame de gasometria que era extremamente doloroso;*
- c. *a constância de consultas e exames e a dificuldade para realizar tantos deslocamentos até o hospital;*

- d. *o cansaço que aumentava mesmo com a realização do tratamento (medicamentos e oxigenoterapia);*
- e. *a prescrição da oxigenoterapia como medicamento que limitava as interações sociais das pessoas e, em grande medida, as isolavam em casa perto do concentrador de ar;*
- f. *a experimentação com várias gerações e combinações de medicamentos, sem resultados positivos;*
- g. *os medicamentos à base de corticoides que provocavam retenção de líquido e, por consequência, aumento do peso e a impossibilidade de concorrer ao transplante pulmonar.*

Ou seja, essas situações compõem uma série de práticas terapêuticas que, muitas vezes, podiam gerar efeitos colaterais inesperados e, por tabela, novas demandas terapêuticas. Muitas vezes essa cadeia negativa de consultas, exames e medicamentos nem sempre era comunicada durante os encontros com os profissionais de saúde nesse Ambulatório. Com isso, os sinais de bem-estar e recuperação, esperados de um tratamento médico, não eram vislumbrados por muitas das entrevistadas. O pacto terapêutico entre profissional e paciente se enfraquecia paulatinamente, bem como a confiança necessária para aderir aos tratamentos.

Considerações finais

Um importante pressuposto desse artigo é a firme aposta na rentabilidade do encontro interdisciplinar para compreender, traduzir e facilitar tratamentos de saúde. A Antropologia da Saúde tem, desde os primórdios da área, demonstrado profundo interesse nesse diálogo e sido criativa ao propor entendimentos mais aprofundados sobre experiências de adoecimento.

Para esse conjunto de entrevistadas, o pulmão é tido como um órgão vital, delicado e muito suscetível ao mundo externo. Ele não tem uma consistência estática ao longo da vida e pode ser alterado mediante o fumo, o contexto do trabalho, as mudanças climáticas. A DPOC é um estado associado a outras patologias pulmonares, como a pneumonia e a tuberculose. Por conta dessa proximidade, a DPOC também é compreendida como “fria” e todo tipo de tratamento “frio” terá mais dificuldade de ser aceito e adotado.

Ficou-nos muito claro também que o cuidado com a DPOC depende das razões para seu aparecimento, isto é, quanto mais o indivíduo adoecido for responsabilizado pelo diagnóstico, menos disponibilidade a família terá para oferecer apoio continuado. Além da casa, o hospital é espaço muito importante das relações de cuidado, dado o acompanhamento intenso exigido pelo estado de cronicidade da DPOC. Contudo, consultas, exames e medicamentos que geram efeitos colaterais ou inesperadamente negativos, dotam as pacientes de desconfiança em relação à biomedicina. Deve haver também cuidado com a comunicação e transparência sobre os processos, arranjos e limites terapêuticos.

Referências

- BECKER, Gaylene; JANSON-BJERKLIE, Susan; BENNER, Patricia; SLOBIN, Kathleen; FERKETICH, Sandra. “The dilemma of seeking urgent care: Asthma episodes and emergency service use”. *Social Science & Medicine*, 37 (3): 305–313, 1993.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever”. In: *O trabalho do antropólogo*. Brasília/São Paulo: Paralelo 15/Editora UNESP, 1998. pp. 17-35.
- CHARON, Rita. *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- CHAZAN, Lílian Krakowski. Vestindo o jaleco: Reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de campo*, 14: 15-32, 2005.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq, 1986.
- FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, 2018.
- FLEISCHER, Soraya. O cansaço como categoria norteadora das experiências de adoecidos pulmonares. *Saúde e Sociedade*, 24 (4): 4-18, 2015.
- GONÇALVES, Helen; COSTA, Juvenal Dias da; MENEZES, Ana Maria B.; KNAUTH, Daniela; LEAL, Ondina Fachel. A adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4): 777-787, 1999.
- IBÁÑEZ-NOVION, Martin Albert. “A síndrome frio-quente”. In: FLEISCHER, Soraya; SAUTCHUK, Carlos Emanuel (orgs.). *Anatomias populares: A Antropologia Médica de Martín Alberto Ibáñez-Novión*. Brasília: EdUnB, 2012. pp. 113-132.
- IBÁÑEZ-NOVION, Martin Alberto; IBÁÑEZ-NOVIÓN, Olga Cristina e TRINDADE SERRA, Ordep. “O anatomista popular: um estudo de caso”. In: FLEISCHER, Soraya; SAUTCHUK, Carlos Emanuel (orgs.). *Anatomias populares: A antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Novión*. Brasília: UnB, 2012.
- JARDIM, José Roberto; OLIVEIRA, Júlio A. de; NASCIMENTO, Oliver. “Por que um novo Consenso de DPOC? *Jornal de Pneumologia* 30 (5): 7-8, 2004.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Coleção os Pensadores: Ed. Victor Civita, 1984 (1922).
- MARTINS, Raysa. *Mergulhadores no Distrito Federal: Um estudo antropológico sobre doenças pulmonares e o uso de oxigenoterapia*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade de Brasília, 2014.
- NOGUEIRA, Oracy. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINTO, Juliana Maria de Sousa; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; NATIONS, Marilyn K. Sopro de vida: experiência com a doença pulmonar obstrutiva crônica na pobreza urbana de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (12): 2809-2818, 2008.

SCHUSTER, John, BEUNEB, Erik; STRONKSC, Karien. Metaphorical constructions of hypertension among three ethnic groups in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 16 (6): 583-600, 2011.

SOUSA, Clóvis Arlindo de; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, 45 (5): 887-896, 2011.

TORRES, Karla Dala Paula; CUNHA, Geraldo Marcelo; VALENTE, Joaquim Gonçalves. Tendências de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, 1980-2014. *Epidemiologia, Serviço e Saúde*, 27 (3): 1-11, 2018.

Em branco

Raridades em causa: práticas ativistas de pacientes e familiares com doenças raras no Distrito Federal¹

Victor Cezar Sousa Vitor²
Universidade de Brasília

Resumo: Neste artigo, apresento trajetórias de vida de presidentas de associações de pacientes com doenças raras residentes no Distrito Federal. Em cada trajetória busquei identificar como se deram as formas de lidar com as especificidades de tais doenças em suas vidas (*vivência*) ou nas de seus familiares (*convivência*). Evidencio também como esses casos particulares de reconhecimento e ajuste de uma doença rara ao cotidiano de cuidados e de modos específicos de atenção às especificidades das doenças, de alguma forma, ampliam-se para um projeto moral de cuidado coletivo (*causa*), permeado pela fundação de uma associação de pacientes.

Palavras-chave: doenças raras; associações de pacientes; esperança; causa coletiva; judicialização dos medicamentos.

VITOR, Victor Cezar Sousa. Raridades em causa: práticas ativistas de pacientes e familiares com doenças raras no Distrito Federal. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 41-56, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587

ACENO

¹ Este artigo é fruto de pesquisa de campo financiada com recursos do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq), durante período de mestrado no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (PPGAS/UnB). Agradeço à professora e orientadora Soraya Fleischer e aos colegas do grupo de orientação coletiva pelas contribuições valiosas durante as versões preliminares deste artigo. Agradeço também às pareceristas do referido dossiê pela receptividade ao texto e pelas contribuições adicionais através dos pareceres.

² Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (PPGAS/UnB). Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Viçosa (DCS/UFV).

Rarities in cause: practices activists of patients and relatives with rare diseases in the Federal district

Abstract: In this article, I present life trajectories of presidents of associations of patients with rare diseases residing in the Federal District. In each trajectory I sought to identify how the ways of dealing with the specificities of such diseases in their lives (*living*) or those of their relatives (*coexistence*) were given. I also evidence how these particular cases of recognition and adjustment of a rare disease to the daily care and specific ways of caring for the specificities of diseases, in some way, extend to a moral project of collective care (*cause*), permeated by the foundation of a patient association.

Keywords: rare diseases; patient associations; hope; collective cause; judicialization of medicines.

Raridades en causa: prácticas activistas de pacientes y familiares con enfermedades raras en el Distrito Federal

Resumen: En este artículo, presento trayectorias de vida de presidentes de asociaciones de pacientes con enfermedades raras que residen en el distrito federal. En cada trayectoria busqué identificar cómo se daban las formas de tratar las especificidades de tales enfermedades en sus vidas (*vivas*) o las de sus parientes (*convivencia*). También declaro cómo estos casos particulares de reconocimiento y ajuste de una enfermedad rara a la atención diaria y formas específicas de cuidar las especificidades de las enfermedades, de alguna manera, se extienden a un proyecto moral de cuidado colectivo (*causa*), permeado por la fundación de una asociación de pacientes.

Palabras clave: enfermedades raras; asociaciones de pacientes; esperanza; causa colectiva; judicialización de medicamentos.

Trago neste artigo trajetórias de vida de presidentas de associações de pacientes com doenças raras³ residentes no Distrito Federal. Há aqui mulheres narrando o surgimento do campo *das Raras*⁴ em suas vidas, assim como essas vivências se constituíram como uma *causa coletiva*⁵, por meio da fundação ou ingresso em associações de pacientes. Em companhia de seus relatos, busquei compreender como *esperanças, praticadas* pelas mesmas, tornam vidas possíveis de serem vividas em meio às adversidades da doença rara, conjugada a manutenção rotineira de uma *causa coletiva* a ser defendida. Trago trajetórias tanto de *vivências* com a doença, como é o caso de Carmelina e seu diagnóstico de LAM, assim como de *convivências*, por intermédio de familiares de pacientes, como é o caso de Lauda, Selva e Iolanda, mães de pessoas vivendo com doenças raras.

Em cada trajetória busquei identificar como se deram as formas de lidar com a doença em suas vidas (*vivência*) ou nas de seus familiares (*convivência*). Tais narrativas se tornaram significativas para um estudo mais amplo – desenvolvido em minha dissertação de mestrado –, ao considerar que a *causa coletiva* dessas mulheres são elementos centrais que sustentam a criação e publicização de uma *pauta legislativa* do Senado Federal, responsável pela proposta de um projeto de lei que institui uma Política Nacional Integral para medicamentos e tratamentos de doenças raras no âmbito do SUS.

Busquei evidenciar como esses casos particulares de reconhecimento e ajuste de uma doença rara ao cotidiano de cuidados e de modos específicos de atenção às especificidades das doenças, de alguma forma, ampliam-se para um projeto moral de cuidado coletivo (*causa*), permeado pela fundação de uma associação de pacientes. Ou, como a criação das associações de pacientes – e a produção de uma *demanda pública* –, relacionam-se a suas histórias pessoais, estendendo assim a noção de cuidado ao domínio público, vocalizada como uma demanda por *justiça*. Isto, tendo em vista a potencialidade com que especificidades em torno da (con)vivência com “a aflição, o sofrimento ou o adoecimento, pode[m] contribuir para que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado no campo das políticas públicas, do reconhecimento e dos direitos” (MALUF e ANDRADE, 2017: 177). Um projeto moral permeando biomedicina, cuidado e seus processos de subjetivação e conversão de saberes biosociais (RABINOW, 1999). Para tanto, há engajamentos para tais demandas serem impressas coletivamente como um “problema público” (CEFAÍ, 2009), estabelecendo *responsabilidades* tanto aos governos quanto a empreendimentos biotecnológicos (grupos de pesquisadores, empresas responsáveis por ensaios clínicos e indústrias farmacêuticas).

Ao considerar *esperanças* sendo *praticadas* por pacientes e associações em

³ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em perspectiva epidemiológica, configuram-se como doenças raras patologias crônicas que afetam até 65 pessoas a cada 100 mil indivíduos (1,3/2.000). Dentre cerca de 8.000 doenças raras existentes no mundo, cerca de 80% são genéticas e 20% são infecciosas. Em grande parte, trata-se de cronicidades de longa duração, degenerativas, incuráveis e de acesso difícil a diagnósticos e a tratamentos (farmacológicos ou paliativos) gratuitos.

⁴ Tanto durante entrevistas como em audiências públicas que acompanhei, expressões como *campo das raras, os raros, as pessoas raras e os doentes raros* tornaram-se frequentes como formas de identificação de grupos de pacientes assistidos pelas associações.

⁵ Saliento de antemão como procurei textualizar as distinções terminológicas traçadas ao longo do texto. Os termos em *itálico* são categorias êmicas agenciadas por interlocutores e trechos de discursos citados na íntegra. Os termos entre “aspas” são conceitos teóricos e citações diretas; ou seja, termos aproximados ao tema de pesquisa, mas não necessariamente presentes integralmente nos dados etnográficos desta. Já as categorias de pensamento, também em *itálico*, são justamente fruto do esforço de imbricação entre categorias êmicas e teoria antropológica trazida pela revisão bibliográfica e em negociação ao longo da textualização do *campo*.

sessões plenárias do Senado Federal como contexto central da pesquisa de campo do mestrado, foi me despertando a necessidade de investigar as trajetórias individuais impressas na construção da defesa pelo *direito à vida* reivindicado durante tais eventos legislativos. Assim como na *prática* de demandar, estabelecer alianças e *esperar* algo de efetivo a partir da interlocução com instâncias estatais. Para entrar em contato com relatos sobre como essa *esperança* surgiu na vida de pessoas que representam associações de pacientes – junto ao trabalho diário de refazer esse sentimento *em e frente a* procedimentos burocráticos –, tornou-se imprescindível identificar: formas de planejamento do cotidiano (*presente*) e de planos a longo prazo (*futuro*), construídos em meio as *incertezas* da continuidade da vida; a criação de alternativas para a aquisição de tratamentos especializados; e as investidas de convencimento bem sucedidas ou frustradas diante de autoridades estatais, como busca por ampliação de redes de apoio.

Inspirado em análise bibliográfica de Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017: 20), junto a uma série de etnografias sobre formas de compreender as relações entre “gênero” e “Estado” como um “duplo fazer”, procuro também identificar como as interlocutoras “tematizam, evocam, repudiam e silenciam acerca de instâncias, representações e práticas estatais ou estatizantes” (ibidem). Creio que as narrativas sobre como o campo *das Raras* surgiu em suas vidas e as formas de comunicação desses *dilemas* como *demanda pública* ao Poder Legislativo pode muito nos dizer “sobre o próprio Estado – seja em sua dimensão de ideia ou de sistema – como espaço de disputa ideológica, existencial e política” (ibidem).

Para este artigo, organizei a textualização das experiências expondo, primeiramente, dilemas *éticos* envolvendo a comunicação de entrevistas e trajetórias de vida; a conjugação entre *esperanças* e *desesperos* em um contexto de *incertezas* característico do contexto das doenças raras; as *expertises* adquiridas com a didática do cuidado com quem vive com a doença; percepções sobre a noção de *raridade*; e noções de maternidades e família no referido contexto.

Entrevistas e seus dilemas *éticos*

As entrevistas com as quatro representantes de associações de pacientes foram realizadas no Distrito Federal, local onde todas residem. Com exceção da entrevista com Lauda, todas as conversas foram registradas com um aparelho de gravador de voz, sob o pleno consentimento das interlocutoras. A pergunta “*tudo bem se eu gravar o áudio da entrevista?*” sempre era feita por mim sob certa tensão. O receio de estar sendo invasivo em questões envolvendo a rotina, por vezes desgastante, do cuidado (nestes casos, empreendidos por mães), consigo mesma ou com o ente vivendo com as *incertezas* de uma doença rara, motivava tal tensão. No entanto, já durante os primeiros momentos das entrevistas, percebi o quanto as interlocutoras desejavam publicizar alguns desses relatos, para fins de reconhecimento público a uma doença *rara e desconhecida*. Sentido, este, similar ao esforço das mesmas em publicizar a história e o engajamento das associações, diante de gestores públicos em saúde e instâncias estatais, rumo a busca pelo reconhecimento institucional e, assim, a estatização de doenças historicamente invisibilizadas.

A investida pela inclusão do gravador nas conversas era feita logo após o diálogo ter se iniciado de forma descontraída e em meio as apresentações iniciais. Mesmo explicando a cada interlocutora que a entrevista seria totalmente possível caso não fosse autorizada a gravação, reconheci que a minha postura em pedir

permissão para gravar, após a conversa já ter se iniciado, trouxe consigo um dilema ético. Por um lado, pedir autorização para ligar o gravador pouco depois da conversa ter se iniciado concedia a oponentora perceber o teor de minhas primeiras perguntas, subsidiando-a de mais elementos para decidir sobre autorizar ou não a gravação.

Por outro lado, o elemento (inconsciente) da descontração e do esquecimento na conversa sem a gravação – ou até o elemento (consciente) do temor em interromper o transcurso do diálogo – poderiam suscitar constrangimentos à entrevistada em interromper a gravação, não a deixando tão à vontade para negar a autorização. Diante disso, devido a minha escolha por uma abordagem menos formal de entrevista – e sim mais próxima a uma dinâmica de conversa (o que não significava me eximir das responsabilidades éticas com as mesmas) –, optei por sustentar possíveis ônus pela escolha dessa forma de abordagem, interpellando-as sobre a possibilidade da gravação após o início do diálogo.

Especificamente nas entrevistas com Carmelina, Selva e Iolanda, ao pedir permissão para gravar os áudios de nossas conversas, notei que todas autorizaram a gravação indicando, no tom de suas respostas, uma intenção em transparecer obviedade ao ato de permitir o registrado em áudio. Interpretei tal conduta como se as interlocutoras quisessem enfatizar não ter empecilho algum para o registro sonoro, como meio de reafirmar, de forma antecipatória, a *licitude* de suas condutas junto ao campo das doenças raras, diante de um pesquisador desconhecido. Surge aqui mais uma problematização sobre as formas de registros de interlocutores durante a comunicação etnográfica, sob lógica similar a indicada por Mendes de Miranda (2001: 17) acerca da distinção entre “confidência” e “confissão” em pesquisa de campo. Segundo a autora, ao passo que a primeira é realizada via confiança mantida entre pesquisador e interlocutoras, estabelecendo, assim, uma “confidência voluntária”, na segunda, o depoimento é anunciado como “prova” ou “confissão imposta” (ibidem).

Com certo mal-estar, a princípio, compreendi a decisão das interlocutoras de enfatizarem a ausência de empecilho em gravar as entrevistas como um depoimento próximo a uma “confissão”. Isto, levando em consideração que a autorização do registro de voz tornou-se um meio de autoafirmação de que não haviam nada a esconder, convertendo-se, assim, em um caráter coercitivo da gravação no contexto em que me refiro. Cogitei tal impressão ao passo que *suspeitas morais* suscitadas por gestores públicos do Ministério da Saúde e por demais instâncias estatais – sobre associações de pacientes potencializarem relações lucrativas de indústrias farmacêuticas no campo da judicialização dos medicamentos *órfãos* e/ou *alto custo* – estiveram implicitamente presentes tanto nas justificativas em demasia das interlocutoras, assim como nas sessões plenárias que acompanhei no Senado Federal.

No entanto, creio que o depoimento como “confissão” não foi o aspecto que predominou durante as entrevistas. Devido ao já mencionado anseio das interlocutoras em publicizarem alguns desses relatos para fins de reconhecimento público e *socialização* de doenças geralmente *tratadas* como *exceções clínicas*⁶, a “confidência” se transformava em *testemunho* como potência estratégica do ativismo, buscando produzir um relato que tivesse o potencial de angariar apoio via

⁶ Em algumas sessões plenárias e reuniões de gabinete parlamentar que acompanhei durante pesquisa de campo (agosto/2017 a outubro/2018), ouvi relatos de profissionais da medicina genética e de parlamentares com formação biomédica afirmando a existência de um *chavão* popularizado em cursos de medicina do país que justifica o não aprofundamento (ou ao menos uma abordagem menos rasa) do estudo sobre doenças raras por parte de docentes em tais cursos ao classificarem-nas como *casos raros* e *exceções* que *raramente* são diagnosticadas, justificando assim o não aprofundamento das mesmas ao longo do curso. Aqui, a sua classificação oficial justifica e aprofunda a sua própria condição clínica e social de doença *rara*.

trajetória narrada. Assim, senti que foi imputada à própria escrita etnográfica um *dever ser* simultaneamente *ético* e *moral* de publicização dos dilemas e demandas a serem registrados. *Ético*, tendo em vista o dever de não criar, à revelia, expectativas superestimadas das interlocutoras em relação aos desdobramentos da pesquisa. *Moral*, em relação ao dever de aprofundamento do tema que me senti envolvido e convidado a compartilhar dali em diante junto à *causa das Raras*. À luz de tal reflexão, decidimos manter todos os nomes verdadeiros das presidentas de associações entrevistadas.

Reconheço que, devido a diversidade de dilemas e desafios suscitados pela dinamicidade das relações etnográficas, como salienta Fonseca (2010: 223), não há “postura única frente à questão do anonimato nos nossos textos”. Há uma diversidade de justificativas contextuais em pesquisas de campo voltadas à ocultação de interlocutores, onde a divulgação do verdadeiro nome, a princípio, aparenta não trazer consequências relevantes nem para o trabalho e nem para quem nos propomos falar (BEVILAQUA, 2003: 57). Diante do tema, Fonseca aprofunda a discussão sobre os significados em torno do dilema do anonimato, encontrando justamente na postura de “anonimar” informantes um valor antropológico central. Ela se refere ao “uso de pseudônimos em nossos textos [como] uma maneira de lembrar a nossos leitores e a nós mesmos que não temos a pretensão de restituir a ‘realidade bruta’” (FONSECA, 2010: 220) das situações vivenciadas em pesquisa de campo. Segundo a antropóloga, nossa pretensão, “mais coerente com o método etnográfico, é fazer/defazer a oposição entre eu e o outro, construir/desconstruir a dicotomia exótico-familiar e, para alcançar essa meta, a mediação do antropólogo é fundamental” (ibidem).

No entanto, creio que tanto a decisão por adotar os nomes verdadeiros das interlocutoras, como significativo para a *causa*, quanto o valor antropológico central de mediação salientado por Fonseca convivem juntos na estratégia de escrita escolhida para este trabalho. Isso porque, compreendi em campo que a produção de conhecimento acadêmico sob o registro dos nomes verdadeiros também pode significar algo muito além de possíveis interesses do escritor acerca de um pretenso anseio estilístico por “veracidade”. Assim como os diversos agentes e ambientes do campo das doenças raras, esta produção etnográfica, inevitavelmente (com ou sem os nomes verdadeiros), também foi agenciada pelas interlocutoras como mais um dos instrumentos do ativismo para a *socialização* das *raridades* e de publicização de seus dilemas. Mesmo que essa esteja inteiramente montada por ficcionalizações textuais e composições de ideias que transcendem as perspectivas e interesses individuais de cada uma das interlocutoras.

Ainda junto a Fonseca, inspirada em reflexões de Sheila Jasanoff (2005), penso que estabelecer consenso entre interesses “de pesquisa” e interesses das presidentas de associações/interlocutoras produziu um conhecimento via uma “ética científica, concebida como fórum de deliberação democrática, implica[da] [n]a promoção de um ambiente [textual] em que, indo além da cordialidade complacente, explicita-se esse envolvimento e contemplam-se seriamente as perspectivas alternativas (FONSECA, 2010b: 65).

Em todas as conversas, abordei temas como: o longo percurso para obter um diagnóstico preciso para doenças raras; a relação íntima entre pesquisa e tratamento; o sentimento de ajuda coletiva como efeito do engajamento em associações de pacientes; a *expertise* que familiares e pacientes adquirem junto a saberes biomédicos, jurídicos e de suas leituras dos espaços institucionais que percorrem; e a judicialização dos medicamentos e tratamentos concebida como *única alternativa* viável, diante do momento de omissão legislativa sobre o caso. Creio

que todos esses pontos representam, simultaneamente, segundo Kofes (1994: 120), “a singularidade do sujeito – suas interpretações e interesses –, a interação entre o pesquisador e as entrevistadas, e também uma referência objetiva, que transcende o sujeito e informa sobre o social”. Ou seja, informa uma unidade de sentido em comum, perpassando as experiências dessas mulheres representantes de associações de pacientes. Sigo, então, a com alguns dos marcadores identificados nos sentidos que essas representantes de associações de pacientes atribuem às suas decisões e formas de classificação do contexto que às conectam.

Esperanças e desesperos em um horizonte de incertezas

Em sua narrativa sobre a busca por “socializar uma doença” (RABEHARISOA, 2006: 567) considerada *rara*, notei que Carmelina⁷ indicou como fundamental conhecer minimamente tal doença para atingir uma sensação de previsibilidade de suas consequências e assim estabelecer uma percepção sobre uma expectativa de vida. A sensação de *incerteza* e *desespero* por não saber o que se tem, acentuada pela frequência com que encontrava profissionais da medicina que também não conheciam a doença, ganhou forma em sua descrição sobre uma doença localizada no âmbito do *pode ser*.

Sobre o sentimento de *incerteza* (AURELIANO, 2018: 372), assim como a tentativa de *controle* do mesmo, me recordo da entrevista com Selva⁸. O conhecimento experiencial, criado pela rotina de cuidados com a sua filha, se justifica pela percepção de constante alerta diante da dinâmica imprevisível da doença. Somada a essa constância (do cuidado) diante da inconstância (da doença), há uma automatização de uma leitura *especializada* diante de situações que possivelmente demandem *urgência* – como a ocorrência de novo sangramento dentre as lesões –, suscitadas por alguns sintomas da doença, como *dores de cabeça* e *epilepsias de desligamento*.

Conviver esperando faz parte da rotina de Selva e de sua filha, Taiga. E, diante desse relato, a interlocutora me fez refletir sobre como tal sensação estabeleceu um novo modo de encarar situações de *urgência*. Essas situações, condicionadas a doença da filha, não são vivenciadas primeiramente como *terminais*. Apesar da noção de *risco de vida* ter sido agenciada por Selva justamente para anunciar a *emergência* do quadro clínico de sua filha, diante da imprecisão presente na classificação de riscos empregada em recepções hospitalares, a conjugação entre *esperança* e *desespero* da mãe transforma a percepção de *situação terminal* em mais uma situação rotineira de *urgência*. Mesmo que a *urgência* seja baseada na imprevisibilidade de uma doença *desconhecida*, alguns de seus sinais vão sendo apreendidos e assim inscritos na rotina da mãe (como cuidadora) e da filha (como cuidada), em meio a didática de lidar com situações de *risco*⁹ não

⁷ Carmelina Moura, ex-presidenta da Associação dos Portadores de Linfangioleiomiomatose do Brasil (ALAMBRA), é uma mulher de 50 anos de idade, branca, de estatura baixa, sorridente e de tom de voz calmo. De olhar demorado, transparecia muita calma durante toda a nossa conversa. Além da descontração, suas palavras constantemente se misturavam às risadas. Ao longo do papo falamos da doença com que ela foi diagnóstica há cerca de 12 anos, de nome *linfangioleiomiomatose pulmonar*, popularmente conhecida sob a abreviação *LAM*. Conversamos também sobre associações de pacientes e as formas de contato entre essas, o Poder Público e demais instituições envolvidas com o campo *das Raras* no Brasil.

⁸ Selva Chaves, presidenta da associação Aliança Cavernoma Brasil, é uma mulher de quarenta e poucos anos de idade, branca, alta, mineira, professora formada em pedagogia, de trajas elegantes e de olhos sempre atentos a tela de seu *smartphone*. Mãe de Taiga, que vive uma doença rara denominada Cavernoma Cerebral, ao lhe comunicar sobre meu interesse de pesquisa, logo ela se disponibilizou para conversarmos na semana seguinte ao contato via *WhatsApp* por meio da indicação de Carmelina.

⁹ Para tal análise, me inspiro em Veena Das (1995) e sua noção de “evento crítico” em situações de violência sendo incorporadas a rotina de percepção das pessoas acometidas. No caso a que me refiro, enquanto a *incerteza* e o extraordinário

apreendidos integralmente por profissionais da saúde.

Destaque também para como a *esperança, praticada* por Selva e pelo grupo de pesquisadores da Cavernoma, em busca pela *estabilização* da doença – via processos *antecipatórios* focados no desenvolvimento de medicamentos e tratamentos específicos –, caminha em sentido contrário e atenuante à dimensão unicamente *expectante* que *sujeita* pacientes e familiares ao sentimento inevitável da *espera*. Assim, na medida em que a *esperança, como prática*, impulsiona uma *corrida antecipatória contra o tempo* para descobrir formas de controle da doença, a condição de *espera* remete a um contexto de *incertezas* que se soma aos aspectos crônico, progressivo, degenerativo de doenças raras de origem genética.

É possível explorar como a *prática da esperança* também depende do sentimento de “desespero” (BREKKE e SIRNES, 2011, apud AURELIANO, 2015: 134) a ser *gerido* no presente como uma condição a qual não se deve medir esforços para a continuidade da vida, via busca por diversas formas de tratamento. Assim, estratégias de recrutamento, geralmente atribuídas a grupos e a corporações que coordenam ensaios clínicos, foram adotadas pela interlocutora como a única alternativa *imediate* no horizonte de *incertezas* sobre a doença, ao aderir a experimentação clínica também como forma de tratamento (PETRYNA, 2011; CASTRO, 2018). Ou, como Carlos Novas (2008: 146) salienta, “a produção de horizontes temporais por meio da potencialização da pesquisa biomédica voltada ao desenvolvimento de curas e tratamentos, proporcionando assim o encurtamento da espera pela inovação tão aguardada”.

Semelhante a Associação Francesa de Distrofia Muscular (AFM), analisada por Rabeharisoa e Callon (2004), Novas nos conta que a Associação Pseudoxantoma Elástico (PXE International), analisada por Terry e Boyd (2001), “demonstra como as pessoas leigas podem não somente se envolver na governança de saúde individual e coletiva, mas também tornarem-se colaboradores ativos e críticos na pesquisa científica” (NOVAS, 2008: 146). No caso de Selva, as relações de reciprocidade entre o grupo de pesquisa em Cavernoma e a fundação da Aliança Cavernoma Brasil estabelece o recrutamento de um número de pacientes pela Associação (ACBra) como sustentador da própria existência do grupo de pesquisadores em Cavernoma no Brasil. Além disso, conseqüentemente, também pode possibilitar a abertura para a realização de ensaios clínicos e tratamentos em outros países.

Expertises

Ainda junto ao relato de Selva, destaco a base de conhecimento preciso e especializado que a presidenta da ACBra adquiriu em meio a suas buscas por soluções diante da trajetória *incerta* e *desconhecida* traçada pela doença de sua filha. A princípio, Selva adquiriu tal conhecimento conjugando elementos como a proximidade estabelecida com profissionais de medicina especializados em Cavernoma; o acompanhamento da diversidade de quadros clínicos apresentados por pacientes que procuram a Associação para adquirir orientações sobre a doença presencialmente ou via e-mail; e, sobretudo, através da rotina de cuidados específicos demandados pelos sintomas de sua filha.

O padrão de complexidade imputado à doença, tendo em vista o nível de *desconhecimento* clínico atribuído à mesma pelo próprio campo biomédico, condi-

da doença são rotinizados, nem sempre a ideia de “terminal” e de “limite” são sentidas pelas pessoas envolvidas como tal, ao ponto de exaurir o sentimento de *esperança* de que será mais uma ocasião de *urgência* dentre outras.

onou Selva a *hiperespecializar-se* para, assim, compreender técnicas de diagnóstico necessárias ao monitoramento do quadro clínico de sua filha e de pacientes com Cavernoma Cerebral vinculados a Associação. Saber *ler* e *interpretar* ressonâncias magnéticas na identificação de sangramentos recentes – assim como a condição de estabilidade de cada uma das cinquenta lesões localizadas no cérebro da filha –, apontam para a emergência e a necessidade de dominar e incorporar técnicas de monitoramento específicas de profissionais de saúde (como a leitura de imagens anatômicas em radiologia) no âmbito das práticas de cuidados diários estabelecidos entre mãe e filha. Atrelado a isso, aspectos como *não medir esforços* diante das *incertezas* biomédicas sobre a doença e o estabelecimento da *confiança* com a filha e com os especialistas em Cavernoma, depositada na figura da mãe como uma *cuidadora especialista*, ganharam destaque como elementos de legitimação de seu saber.

Durante entrevista com Iolanda¹⁰, também foi possível identificar organizações de pacientes *equipando* seus membros com uma série de conhecimentos *práticos* baseados em conhecimentos especializados, presentes na rotina do *cuidado* e ausentes no espaço hospitalar. Mais precisamente, há uma prática de questionamento das formas de atendimento, de prestação de diagnósticos, de cuidados médicos e socioassistenciais (RABEHARISOA, MOREIRA e AKRICH, 2013: 11), podendo levar grupos de pacientes, familiares e associações a identificarem aspectos ainda não investigados no campo da biotecnologia e da acessibilidade.

Tal questão foi evidenciada por Iolanda ao relatar sobre o momento do parto como responsável por ocasionar o primeiro sinal para a descoberta do diagnóstico de EB. Recorrentemente, a primeira lesão identificada na criança é provocada pelo próprio obstetra responsável pelo parto. Nesse sentido, o hospital torna-se o ambiente cujo o diagnóstico é descoberto justamente via exposição de recém-nascidos ao risco, levando associações, mães e familiares de pacientes com EB a fiscalizarem o modo como crianças e adultos vivendo com a doença são tratados durante toda a trajetória de atendimentos hospitalares.

Ainda, uma doença que, apesar da gravidade, *não está estampada* explicitamente no corpo da pessoa diagnosticada, foi sinalizado por Selva como outro problema enfrentado por ela e a sua filha Taiga, em atendimentos hospitalares. No caso dessa interlocutora, temos um tipo de enfrentamento peculiar envolvendo uma série de doenças consideradas como graves, raras e de longa duração no campo da cronicidade¹¹, ao buscarem construir formas específicas de comunicar estados de *urgência* e/ou *emergência* (ou *situação-limite*) em um contexto de desconhecimento biomédico sobre a doença, perfazendo uma trajetória de “sofrimento de longa duração” (AURELIANO, 2018). Isso, em questionamento a percepções que classificam a *condição clínica* somente através dos estados físicos visíveis que remetem a debilidade permanente, ou até mesmo eventual, do paciente.

Interessante notar que, ao passo que no caso de Selva o padrão de exposição da doença pela gravidade fisicamente visível dos sintomas foi questionado pela

¹⁰ Iolanda, presidenta da Associação de Parentes, Amigos e Portadores de Epidermólise Bolhosa de Brasília (Appeb), é uma senhora de cerca de 60 anos de idade, de pele morena (ou parda), aposentada de funções bancárias e bem observadora. Assim como foi com Selva, contatei-a pelo aplicativo *WhatsApp*, também por indicação de Carmelina. Conteí sobre as minhas intenções já em conversa pelo aplicativo, expondo o meu interesse nas atividades da Appeb, a sua relação com o campo das doenças raras e o desenvolvimento de cuidados com a sua filha, Anna Carolina, de 34 anos, que vive com uma doença rara de nome Epidermólise Bolhosa.

¹¹ Neste artigo, para compreender cronicidades de longa duração, tomo como base uma série de reflexões de Waleska Aureliano (2018: 372). Em suas palavras, tais condições “são enfermidades com grande potencial de alteração na vida dos sujeitos, tanto em função das limitações biológicas que acarretam quanto das incertezas geradas sobre seu prognóstico” tendo em vista que “muitas doenças raras não têm sequer a perspectiva do controle dos sintomas”.

mesma, no caso de Iolanda esta mesma visibilidade é agenciada, estrategicamente, como forma de pressionar agentes públicos (gestores) e políticos (parlamentares) para a *urgência* de demandas. Assim, Iolanda argumentou sobre a importância em tornar pública¹² a doença por meio da exposição das condições dos pacientes em espaços de *deliberação* e decisões político-institucionais.

Sobre a legitimação do *status* como *representante de pacientes*, Selva relatou situações em que pessoas com Cavernoma demandam por recomendações sobre formas de tratamento e demais orientações de caráter *clínico*. Segundo a interlocutora, essas situações extrapolam ao seu papel de representante de associação sem formação no campo biomédico. Em situações como essa, Selva se encontra em um impasse, devido a sua desautorização para orientar pacientes na leitura de seus diagnósticos. O dilema se intensifica na medida em que, por diversas vezes, ela se viu diante de orientações equivocadas de profissionais da medicina, no estabelecimento de diagnósticos e de recomendações, sem o devido conhecimento em Cavernoma.

Suponho que esse dilema traga novos elementos a oposição entre o que Moreira e Palladino (2005) denominam como “regime de verdade” e “regime de esperança” nas relações entre pacientes e pesquisadores no campo da biomedicina, ao analisar tais conceitos diante do relato de Selva. Segundo os autores, ao imaginarmos ser, o “regime da esperança”, um estado em que pacientes estão sempre à *espera* e prontos para testarem soluções novas e promissoras ainda não testadas, no “regime da verdade”, imaginamos pacientes realizando análises de mérito e qualificação dessas alternativas biotecnológicas, que se apresentam com a promessa de prevenir a morte de pacientes que as demandam (MOREIRA e PALLADINO, 2005: 74). No caso do dilema do aconselhamento apresentado por Selva, há um conflito entre “regimes da verdade” em disputa, protagonizado entre o seu conhecimento especializado (em consenso ao conhecimento de profissionais especialistas na doença de sua filha), frente ao conhecimento generalista e não-especializado de profissionais da medicina que, ao contrário de Selva, possuem titularidade para tal exercício de aconselhamento terapêutico.

Ainda no caso de Selva, como representante de uma associação de pacientes, é possível perceber a constituição de um *dever ético* intermediando os regimes de *verdade* e de *esperança* em sua conduta frente aos casos clínicos, analisando e ponderando “soluções novas e promissoras” (*esperanças*) apresentadas por tais profissionais da saúde não-especializados. Selva adota uma postura *ética* que simultaneamente pondera equívocos biomédicos oferecidos a pacientes, assim como respeita os limites de sua qualificação para tais aconselhamentos. Por certo, essa ponderação é realizada a partir do contínuo conhecimento (*verdades*) até então acumulado pelo grupo de pesquisadores com quem a associação mantém vinculação.

Práticas de construção da raridade

Sobre a forma de classificação atribuída às doenças raras, como patologias de

¹² Sobre essa estratégia, em “From representation to mediation: The shaping of collective mobilization on muscular dystrophy in France”, Rabeharisoa (2006: 566) conta que familiares vinculados a French Muscular Dystrophy Association (AFM), carregavam como principal meta a restauração “da dignidade humana de seus filhos”, procurando assim mostrar que os pacientes com distrofia muscular existem e estão em busca de reconhecimento social para suas doenças. Esses objetivos se traduziam em situações *práticas*, como familiares levarem seus parentes com distrofia muscular às ruas e em reuniões deliberativas em prefeituras, revelando assim a sua existência, “anteriormente confinado à privacidade de suas casas”.

baixíssimo percentual de acometimento por habitante¹³, Selva apontou a *subnotificação* de casos não diagnosticados e a *negligência*, via desinteresse de pesquisadores, como indícios que oferecem outra perspectiva frente a definição patológica e estatística de *raridade*. Ao indicar a *subnotificação* de casos como um aspecto central para considerar a Cavernoma uma doença rara, a interlocutora buscou desmistificar a noção de *doença rara* baseada na certeza estatística de que tais patologias são intrinsecamente *incomuns* e *excepcionais*. Nesse sentido, Selva apontou para como a *negligência* sob justificativa do *desconhecimento* e da *raridade* (como inabitual) condiciona a noção de *gravidade* atribuída a mesma, em uma relação de causa e efeito, como elementos que acentuam a *subnotificação* dos casos de Cavernoma.

No entanto, há estratégias de reconhecimento clínico aplicadas ao diagnóstico da doença, segundo Selva. Devido à falta de diagnósticos oficiais e de tratamentos eficazes para Cavernoma no país – destituída de registro no próprio campo biomédico, como no DATASUS e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) –, utiliza-se a identificação geral de doenças vasculares cerebrais para se ter acesso e assim incorporar a doença a determinadas diretrizes terapêuticas já disponíveis oficialmente.

Diante dessas ausências de normativas, a interlocutora destacou também a inexistência de uma *história natural* da Cavernoma Cerebral. Esse aspecto evidencia como há um esforço, por parte de grupos de pacientes, familiares e associações, em construir uma *história* para uma doença oficialmente desconhecida, por intermédio de sua *socialização*, tanto no campo biomédico quanto no campo jurídico-estatal dos direitos e garantias. Junto às interlocutoras, compreendi por *história* de uma doença o processo de acumulação de fatos científicos que concedem *previsibilidade* a aspectos como, o seu teor progressivamente degenerativo, os seus possíveis sinais e sintomas e o reconhecimento social de uma trajetória clínica de busca por tratamento como um direito fundamental (*à vida*).

Práticas, essas, denominadas por Rabinow (1999) como *biossocialidades*¹⁴, grupos de pacientes partilhando distintas experiências, recriando estratégias de cuidado em seus ambientes familiares e ampliando-as aos demais grupos associativos. Mais precisamente, grupos criando redes de “especialistas médicos, laboratórios, histórias, tradições e uma forte intervenção dos agentes protetores para ajudá-los a experimentar, partilhar, intervir, e ‘entender’ seu destino” (RABINOW, 1999: 147 apud GRUDZINSKI e ROHDEN, 2015: 280).

No entanto, destaco que a noção de *história* de uma doença desconhecida se diferencia da noção valorativa de *história natural* destinada a *doenças prevalentes*¹⁵ e dotadas de sinais, sintomas e tratamentos já amplamente conhecidos e naturalizados em contextos clínicos. Legitimar a experiência do cuidado diário, reconhecido como leigo – mas empiricamente especializado e que busca uma conversão com a produção de conhecimento científico sobre uma doença *subnotificada* – torna-se significativo na produção de uma história sobre a mesma¹⁶. Assim, com a ajuda de Selva, notei a tentativa de evidenciar que o *futuro* de *certezas*

¹³ No Brasil, em média a incidência é de até 65 casos em uma população de 100 mil habitantes.

¹⁴ Sobre o amplo conceito de Rabinow (1999), compreendo que seus elementos entram em confluência ao presente estudo em um movimento de retroalimentação de saberes recíprocos entre grupos de pacientes e o campo da biomedicina, da genética médica e da farmacologia, ao ponto em que há uma imprecisão etnograficamente produtiva acerca de qual das partes seria predominantemente e unilateralmente impulsionadora das *inovações*.

¹⁵ Provavelmente de origem epidemiológico, creio que *doenças prevalentes* são aquelas mensuradas pelo seu acometimento quantitativo e classificadas tendo em vista marcadores geracionais, socioeconômicos, de gênero e até da sobreposição ou conjugação de diagnósticos.

¹⁶ Creio que tal conversão promovida por Selva, Taiga e pesquisadores vinculados à ACBra, remete a obra “Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico” (2010). Nesta, Fleck defende a construção de “fatos científicos” como uma atividade

– ao ser posto em um horizonte de *antecipação* de inovações biotecnológicas, possibilitadas pela *prática da esperança* na produção experimental de tratamentos para Cavernoma – deve ser continuamente convertido em *agora* (o presente), para que vidas dotadas de quadros clínicos classificados como à frente de seu próprio tempo biotecnológico prossigam.

Ou, trazê-lo (o futuro de certezas como *inovação*) para o presente de incertezas, por meio de pesquisas científicas possibilitadas por estratégias jurídico-estatais e de implementação de normativas que abram caminhos mais céleres em instâncias burocráticas de avaliação, incorporação e dispensação de biotecnologias tão esperadas. Encarar ambientes de *pesquisa* e ensaios clínicos como formas de *tratamento* evidencia essa tentativa (PETRYNA, 2011; CASTRO, 2018). Procura-se assim “moldar o campo da pesquisa biomédica de acordo com os seus ideais compartilhados coletivamente” (NOVAS, 2006: 289-290), profundamente impulsionado pela “esperança de que a ciência desenvolva rapidamente curas ou terapias, uma vez que o tempo está se esgotando para as pessoas afetadas por determinadas condições genéticas” (idem: 293).

Maternidades como um projeto moral

Os relatos também evidenciaram expressões sobre um imaginário de maternidade ressignificado e agenciado politicamente pelas presidentas das associações entrevistadas. No relato de Lauda¹⁷, a construção da maternidade em ativismo foi produzida desde a organização de seus dias a partir dos dias de sua filha Laís, *virando dependente da situação*, até a extensão de seus significados ao papel de uma *mãe de milhões de pessoas adotadas com doenças raras*, papel esse atribuído justamente pela própria filha, foco de seus cuidados primários.

A legitimação da extensão (ou coletivização) do cuidado simbolizado como *materno* justamente a partir do reconhecimento de quem o recebeu primeiramente (a filha com doença rara), também esteve presente nos relatos de Selva. A interlocutora contou que, em certa ocasião pública, sua filha, Taiga, foi indagada se já teria perguntado a si mesma “por que” foi acometida com uma doença rara. Selva relatou com orgulho a resposta da filha, que respondeu “*não, eu nunca me perguntei. Mas ‘por que foi comigo’ eu sei que muita gente já foi ajudada’*. E aí para mim valeu. Por que foi com a minha filha”, completou, Selva. Assim, a filha estendeu tal significado da coletivização do cuidado justamente pela doença tê-la acometido, uma filha cuja mãe possui e despense de uma série de recursos e redes de investigação ampliáveis sobre uma doença desconhecida até por profissionais da medicina.

A figura da mãe como *especialista* também ganhou destaque como legitimação de seu saber prático tanto nos relatos de Lauda quanto nos de Selva. Ser mãe de uma pessoa com doença rara – e ainda, ter perdido a filha em decorrência da doença, como no caso de Lauda –, parece potencializar um papel de *cuidado coletivo* atribuído e sinalizado como forma de exercer coletivamente uma dedicação

cooperativa, em contraponto à teoria do conhecimento individualista. Como exemplo, o epistemólogo evidencia a produção difusa – como qualquer outra construção de um fato científico, defende ele –, do conceito de *sífilis*. No referido contexto de produção do conceito, todos os coletivos de pensamento em disputa pela definição não deveriam ser declarados como falsos, na medida em que todos contribuíram para o que se convencionou a reconhecer como *sífilis*.

¹⁷ Lauda, presidenta executiva da Associação Maria Vitória (AMAVI), é uma mulher de cabelos lisos e loiros na altura dos ombros, branca, aparenta ter seus 50 anos de idade, estatuto média, funcionária pública formada em Secretariado Executivo e já foi candidata a deputada federal pelo Distrito Federal. Agitada e com celular em mãos, como se estivesse sempre de passagem ou pulando de um compromisso a outro, minha primeira interlocutora sempre se mostrou bastante simpática e disposta a falar. Se envolveu no campo das Raras devido ao diagnóstico de sua filha, Laís, que faleceu aos 27 anos de idade por complicações diretamente associadas à doença, Artrite Reumatoide.

particular de anos de maternidades produtora de expertises e saberes. Assim, *virar um pouco de tudo nesses momentos de ajudar essas famílias, ao virar um pouco médica, um pouco psicóloga, um pouco advogada* é a ampliação de uma oferta ou coletivização da atenção, ao passo em que tais atribuições possivelmente já eram praticadas quando a dedicação era depositada somente nos cuidados da filha.

Em contrapartida, nos relatos de Iolanda, apesar do papel de mãe ter sido primeiramente empregado como um vetor condicionante de engajamento em suas buscas por uma parceria materna na fundação de uma associação de pacientes, ao contrário de Lauda e Selva, a interlocutora não reflete elementos da maternidade a sua atuação como presidenta de associação. Ao perguntá-la sobre a forma como era recebida em espaços jurídicos de demanda por tratamentos especializados para EB, Iolanda relatou que *“na verdade eu nunca fui como mãe. Eu sempre fui já depois de associação. Eu não posso te falar da experiência como mãe nesses espaços”*. Apesar de haver um marcador temporal em sua fala diferenciando papéis circunstanciais, creio que Iolanda classifica o trabalho junto a associação como um cuidado ativista que não se confunde com um tipo de cuidado materno, mesmo que em certos momentos de publicização dos dilemas maternais vivenciados por mulheres que *convivem* com as doenças raras de seus filhos sejam acionados como explicitação das demandas.

Diante de tal diversidade, creio que a regularidade expressada pelo imaginário materno relatado pelas representantes de associações está na transformação do estatuto de uma mãe lidando com as *incertezas* de doenças oficialmente desconhecidas e dos cuidados particulares de filhos para mães que lutam em uma rede de cooperação em torno da minimização de incertezas que as condicionam em um mesmo contexto de desassistência. Tal imaginário, praticado como um estatuto em situações de demanda por direitos e de reafirmação de um conhecimento específico sobre as raridades, é coletivamente compartilhado entre elas, fortalecendo o estatuto de mãe que *sente* e que *sabe* para acessar o campo jurídico-estatal da política.

Inspiro-me neste ponto em leituras de Young (2012), em companhia de outras teóricas da filosofia política feminista (FRIEDMAN, 1987; OKIN, 1989). As autoras questionam a clássica oposição, de origem iluminista, entre “justiça” e “cuidado”, como uma analogia a oposição entre “público” e “privado”. Segundo Young (2012: 170), a oposição reproduz distinções entre “papéis institucionais públicos e impessoais, aos quais se aplica o ideal da imparcialidade e da razão formal, por um lado, e relações pessoais e privadas, cuja estrutura moral é diferente, por outro”. Este ideal classifica “domínio público” como universalidade de demandas, relegando “diferença, particularidade e corpo para trás, nos domínios privados da família e da sociedade civil” (idem: 171). Assim, creio que o *cuidado* com uma doença rara, desconhecida, debilitante e degenerativa é reivindicada como uma demanda pública e uma *pauta legislativa* justamente por meio de papéis tradicionalmente relegados a dimensão privada da vida social: *mães e familiares*. No caso das entrevistadas, a construção moral do que é ser mãe empreende-se como um *saber-poder* agenciável no âmbito da *causa* que maneja e subverte as próprias categorias que às reduzem a dimensão do *privado*.

Já sobre a noção de *família*, apesar da categoria mãe ter surgido como marcador de produção de conhecimento especializado e adquirido com a experiência íntima do cuidado, foi possível notar que a categoria *familiares* (de pacientes com doenças raras), enquanto estatuto legitimador para a publicização de *testemu-*

nhos, reivindicações públicas e para demandar direitos esteve mais evidente, entre os discursos de confecção da *pauta legislativa* no ambiente congressista. Como bem aponta Aureliano (2018: 372-373), doenças raras hereditárias “acaba[m] por afetar e envolver toda a família de diversas formas: o cuidado imediato do familiar afetado, a reorganização do espaço físico da casa, a preocupação com a própria saúde e a da prole, se ela já existir, e de demais parentes consanguíneos”. Creio que tal fator em torno de *entes familiares* como sujeitos políticos, apesar dos envolvimento desiguais entre os diferentes papéis dentro do ambiente familiar, contribuiu para ativistas apostarem nessa categoria como ampliadora de redes de afetação e de engajamento alheio em sessões plenárias, tendo em vista os múltiplos papéis que ela possibilita acionar em cada pessoa proveniente de alguma família.

Este ponto se relaciona aos próprios alicerces da fundação de uma associação de pacientes. *Fundar* uma associação aparece como uma decisão virtuosa expressada na atitude de sensibilização ao sofrimento alheio, dotado de *valorização moral* próprios de uma prática de solidariedade (SONTAG, 2003) como uma significação de *ser humano*. Neste caso, tal *valor* é praticado na coletivização de empreendimentos antes depositados particularmente nos cuidados da maternidade e/ou familiar.

Breves conclusões: o que levo sobre a causa?

Encaminhando para as conclusões, destaco brevemente aspectos fundamentais suscitados pelas entrevistadas, para simultaneamente enquadrar e ampliar as descrições e análises etnográficas acerca do ativismo de pacientes. O primeiro aspecto diz respeito ao contexto atual de suspeitas que recaem sobre as relações entre associações de pacientes e o mercado de fármacos (indústrias farmacêuticas) acerca da judicialização de medicamentos e tratamentos *órfãos* e/ou de *alto custo*.

Neste artigo, a *esperança* também começou a surgir como tema. *Praticar a esperança*, em algumas das narrativas, remete a busca por incentivar investigações sobre a doença, com vistas a construir *previsibilidade* clínica e formas de *controle* sobre as mesmas, haja vista a necessidade em empregar uma *corrida contra o tempo* diante do seu caráter *progressivo* e *degenerativo*. Destaco também a relação entre *esperança* e *desespero* nesse ponto. Ao passo que a *prática da esperança*, incorporada ao empreendimento de “antecipação” (ADAMS, MURPHY e CLARKE, 2009), luta por modificar um contexto fortemente tomado por *incertezas* e *desespero*, diante do risco pela escassez de medicamentos, a sensação de *desespero* de demandantes não se limita a um enquadramento de falta de perspectivas e de imobilismo. O *desespero*, publicizado, torna-se uma *urgência* demandada e em convergência à crença de que haverá uma saída possível para tal situação (sentimento de *esperança*). Assim, ao passo que o *desespero* “imediatiza” a demanda pela linguagem da *urgência*, a *esperança* busca ampliar e, posteriormente, sistematizar o campo de possibilidades alternativas traçado pela convergência, um tanto conflituosa, entre diferentes “regimes de antecipação” (ADAMS, MURPHY e CLARKE, 2009) empreendidos por associações de pacientes, gestores públicos em saúde, parlamentares e indústrias farmacêuticas. Em seu sentido pragmático, a publicização da *esperança* também pode ser lida como uma estratégia de *convencimento*, ao contrário da publicização de *desesperanças* e de falta de perspectivas, como provocadoras de *descrédito* diante de agentes públicos (gestores) e agentes políticos. Em sentido amplo, torna-se fundamental

praticar a *esperança* para que formas de planejamento do cotidiano via estabilização do risco no *presente* sejam de possível realização.

A partir da interpretação das entrevistas, não há como alcançar um *presente* de *controle* sobre a doença sem que haja um trabalho simultâneo entre a *prática do cuidado rotineiro* – e sua potência inventiva contida na relação entre cuidador (a) e pessoa cuidada – e a ideia de “futuro biomédico” (Novas, 2008: 145) que a *esperança* busca *presentificar*. Tornar um *futuro possível* de ser experienciado no *presente vivido* comunica a *corrida contra o tempo*, regida por uma *ética da manutenção da vida como justiça*, para descobrir formas de *estabilizar* uma doença *rara, progressiva e degenerativa*, ao flexibilizar a distinção entre “pesquisa” como *futuro* e “tratamento” como *presente*. Comunica-se também a percepção de *urgência* de pacientes que buscam formas de gerir o descompasso entre a *temporalidade da burocracia estatal* em processos de avaliação e de incorporação de medicamentos, a *temporalidade da criação do fármaco*, a *temporalidade do mercado farmacêutico* e a *temporalidade crônica, progressiva e degenerativa da doença no paciente*.

Recebido em 31 de julho de 2019.

Aprovado em 24 de novembro de 2019.

Referências

ADAMS, Vincanne, MURPHY, Michelle and CLARKE, Adele E. Anticipation: technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity* 28 (1): 246-265, 2009.

AURELIANO, W. A. Health and the Value of Inheritance: The meanings surrounding a rare genetic disease. *Vibrant*, 12 (1): 109-140, 2015.

AURELIANO, W. A. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23 (2): 369-380, 2018.

BEVILAQUA, C. Etnografia do Estado: questões metodológicas e éticas. *Campos*, 3: 51-64, 2003.

CASTRO, Rosana. *Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, 2018.

CEFAÏ, Daniel. Como nos mobilizamos? A contribuição de uma abordagem pragmática para a sociologia da ação coletiva. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 4 (2): 11-48, 2009.

DAS, Veena. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press, 1995.

FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FONSECA, Claudia. “O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia em casa”. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam S.; PETERS, Roberta (orgs.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010. pp. 205-227.

GRUDZINSKI, R. R.; ROHDEN, F. “Saúde e biossociabilidade: pensando maneiras de associativismo entre um grupo de pacientes com fibrose cística”. In: ROHDEN, F.; MACCALLUM, C. A. (orgs). *Corpo e Saúde na mira da Antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA/ABA, 2015. pp. 277-300.

KOFES, Suely. Experiências Sociais, Interpretações Individuais: Histórias de Vida, suas Possibilidades e Limites. *Cadernos Pagu*, 3: 117-141, 1994.

MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde e Sociedade*, 26 (1): 171-182, 2017.

MENDES DE MIRANDA, A. Segredos e Mentiras. Confidências e confissões: reflexões sobre a representação do antropólogo como inquisidor. *Comum*, 6 (17): 91-110, 2001.

MOREIRA, T; PALLADINO, P. Between Truth and Hope: On Parkinson's Disease, Neurotransplantation and the Production of the 'Self'. *History of the Human Sciences*, 18 (3): 55-82, 2005.

NOVAS, Carlos. Patients, Profits and Values: Myozyme as an Exemplar of Biosociality. In: GIBBON, Sahra; NOVAS, Carlos. *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. Abingdon: Routledge, 2008.

NOVAS, Carlos. The political economy of hope: patients' organization, science and biovalue. *BioSocieties*, 1: 289-305, 2006.

PETRYNA, A. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. *Horizontes Antropológicos*, 17 (35): 127-160, 2011.

RABEHARISOA, V. From representation to mediation: The shaping of collective mobilization on muscular dystrophy in France. *Social Science and Medicine* 62 (3): 564-576, 2006.

RABEHARISOA, V.; MOREIRA, T.; AKRICH, M. Evidence-based activism: patients' organizations, users' and activist's groups in knowledge society. *CSI Working Papers Series*, 33, 2013.

RABINOW, P. “Artificialidade e Iluminismo”. In: BIEHL, J. G. (org.). *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. pp. 135-158.

SONTAG, S. *Diante da Dor dos Outros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

YOUNG, I. M. O ideal da imparcialidade e o público cívico. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 9: 169-203, 2012.

Óleo de coco, banha de porco, prazer de comer e os deslizamentos do saudável: manejos de versões da Doença de Alzheimer a partir de terapias alimentares

*Cíntia Liara Engel*¹
Universidade de Brasília

Resumo: Durante uma consulta em um ambulatório da demência do Distrito Federal, presenciei certa disputa que me fez atentar para a centralidade das práticas alimentares para a Doença de Alzheimer. A partir de desdobramentos dessa consulta e posteriores entrevistas e observações realizadas entre 2016 e 2018 – ao longo de uma pesquisa etnográfica sobre as terapias da Doença de Alzheimer –, reflito sobre disputas e testagens de alimentos como tipo de terapia; as quais, concludo, fazem parte central nas produções de distintas versões acerca do que é a doença e do que é saúde e corpo nesse contexto.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, alimentação, corpo e saúde.

¹ Doutoranda em Antropologia pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em sociologia e bacharel em Ciências Sociais pela mesma instituição.

Coconut oil, lard, pleasure of eating and the slips of the healthy: management of versions of Alzheimer's Disease from food therapies

Abstract: During a consultation at a Federal District/Brazil dementia outpatient clinic, I witnessed a dispute that made me aware of the centrality of eating practices for Alzheimer's Disease. From this consultation and subsequent interviews and observations conducted between 2016 and 2018 – along an ethnographic research on therapies of Alzheimer's disease – I reflect on disputes and food testing as a type of therapy; which, I conclude, are central to the productions of different versions of what is the disease and what is health and body in this context.

Keywords: Alzheimer's disease, diet, body and health.

El aceite de coco, la manteca de cerdo, el placer de comer y los deslices de lo saludable: manejo de las versiones de la enfermedad de Alzheimer de terapias alimentarias

Resumen: Durante una consulta en una clínica ambulatoria de demencia en el Distrito Federal/Brasil, presencié una cierta disputa que me hizo prestar atención a la importancia de las prácticas alimentarias para la enfermedad de Alzheimer. A partir de esta consulta y entrevistas y observaciones posteriores realizadas entre 2016 y 2018, a través de una investigación etnográfica sobre terapias de la enfermedad de Alzheimer, reflexiono sobre disputas y pruebas con alimentos como un tipo de terapia; que, concluyo, son fundamentales para la producción de diferentes versiones de lo que es la enfermedad y lo que es la salud y el cuerpo en este contexto.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, dieta, cuerpo y salud.

A Doença de Alzheimer é incluída entre as chamadas demências. Grosseiramente, a doença é caracterizada por afetar – de modo progressivo – as funções cognitivas: como memória, humor, fala e percepção. Apesar do sucesso político, epidemiológico e biomédico que as redes e o diagnóstico da Doença de Alzheimer ganharam no último século, se transformando em matéria de interesse coletivo, o seu diagnóstico, tratamento e definição são temas de debates acalorados, pelo menos desde 1910 (FOX, 1989; COHEN, 1998; BALLENGER, 2006; 2009; LOCK, 2013).

Produzem-se, constantemente, diferentes versões do que vem a ser a doença (KITWOOD, 1997; MOSER, 2008; LOCK, 2013), a patologia (FOX, 1989; LOCK, 2013) e as estruturas de cuidado necessárias (O'DONNOVAN et al., 2013; JENKINS, 2014). Ademais, diferentes profissionais e circuitos apresentam alternativas sobre como intervir por meio de substâncias – entre elas ingredientes, medicamentos alopáticos e vitaminas (BALLENGER et al., 2009; COHEN, 1998; LEIBING; 2009a; 2014). Nenhum dos tratamentos, pelo menos de maneira ampla e acessível, promete a cura da doença, mas eles são utilizados para retardar o desenvolvimento progressivo de suas fases, divididas entre: leve, moderada e grave; ou ainda para abrandar alguns sintomas cotidianos: como humores indesejados, delírios e esquecimentos (BALLENGER et al., 2009).

Desse modo, a Doença de Alzheimer é, ao mesmo tempo, matéria de interesse coletivo amplamente partilhada, assim como objeto de disputa – o que cria intervenções, circulação de substâncias e políticas de natureza variadas, por vezes conflitantes (MOSER, 2006). Dentre as muitas versões produzidas sobre a Doença de Alzheimer, corpo e saúde deslizam e são conceituados de modos particulares: a patologia reconhecida pode não ter relação com o princípio ativo do medicamento; o medicamento pode gerar efeitos difusos; a garantia da qualidade de vida pode envolver tanto diminuir a quantidade de medicamentos como aumentá-la; a saúde pode significar a longevidade, ou, no lugar disso, a paz doméstica.

Tal complexidade do universo da Doença de Alzheimer e suas intervenções têm sido abordadas pela antropologia da saúde e da ciência e tecnologia (FOX, 1989; LEIBING, 1999; MOSER, 2008; LOCK, 2013; BALLENGER et al., 2009), mas raramente por meio da valoração, escolha e manipulação de ingredientes e do cuidado alimentar, com algumas exceções. Para Habers, Mol e Stollmeyer (2002) e Mol (2010), os modos como a comida é manejada no cotidiano de cuidado são centrais para compreender o que é considerado uma boa prática e quais bens estão em jogo. As autoras sugerem que focar nas práticas alimentares é uma estratégia privilegiada de se aproximar de como terapias, doença e corpo são compostas (*enact*) em contextos específicos.

Seguindo as autoras, Brijanaht (2011) argumenta que as escolhas e manipulações de ingredientes ocupam bastante tempo nas lidas cotidianas com a demência. Para Brijanaht, tal processo não é unívoco e pode perpassar diferentes intenções. Alguns ingredientes, como o doce, podem ser consumidos para aproximar-se das pessoas com demência e melhorar a interação, já outros são utilizados pelo

seu valor de intervenção no humor, no sono, nas incontinências e evacuações diárias. O cuidado com a alimentação, então, envolve diferentes modos de abordar e conviver com a doença no cotidiano.

Neste artigo, argumento junto com essas autoras sobre a oportunidade privilegiada de trazer as práticas sociomateriais de manejo da comida para o centro dos relatos sobre o cuidado, a demência e suas lógicas. Meu objetivo principal, contudo, não é chamar atenção para como tais práticas são centrais ao cuidado cotidiano, mas seguir, a partir delas, determinadas perspectivas sobre o que vem a ser a doença, como, o quê e porquê tratar. Para tanto, começo o texto seguindo uma divergência sobre o óleo de coco, um ingrediente que agregou, em meu campo, uma série de posições sobre como tratar a demência. Esse ingrediente me leva a versões da demência, de corpo e do que se busca como terapia que o excluem e o conectam com determinados circuitos. Nos relacionaremos, neste texto, com a movimentação de familiares, a geriatria e a gerontologia e a urbanização dos cuidados e comidas – os quais não encerram, de forma alguma, os muitos circuitos que disputam as terapias da Doença de Alzheimer.

Seguindo Moser (2008), acredito que as produções de importância acerca de doenças e intervenções biomédicas mobilizam-se em muitos locais, para além do consultório, ou das pesquisas laboratoriais. O autor sugere que, ao se preocupar com as políticas de natureza biomédica, é importante trazer ao debate distintos lugares e versões das ‘doenças’ e seus circuitos. O autor argumenta, inspirando-se em Butler (1990) e Mol (2002), que realidades materiais não são estáveis, ou fechadas, mas dependem de um constante processo de feitura (*enact*) por meio de práticas situadas. Vou adotar esse conceito para pensar sobre os debates de determinados ingredientes e as versões da demência compostas e tensionadas.

Os dados desse artigo se referem a uma pesquisa etnográfica que fiz para o meu doutorado entre os anos de 2016 e 2018 sobre as práticas de cuidado, lidas com remédios e outras intervenções terapêuticas das demências e Doença de Alzheimer. Observei consultas de uma geriatria vinculada à rede pública de saúde do Distrito Federal. Li e consultei prontuários. E, finalmente, convivi e me inseri nos cotidianos de cuidado de três famílias. De modo complementar, realizei algumas entrevistas, acumulei fotos de materiais de cuidado e visitei locais relevantes para o cotidiano – como farmácias e supermercados².

O artigo é dividido em quatro seções etnográficas, mais as considerações finais. Primeiro, apresento um dia de consulta, no qual o óleo de coco se transformou em objeto de debate de uma filha, uma geriatra e uma cuidadora profissional. Nesse dia, conheci algumas versões da demência e notei que seguir práticas alimentares e escolhas de ingredientes poderia articular coisas importantes nas composições e manejos da Doença de Alzheimer. Nas três seções seguintes, acompanho as versões que atravessaram esse encontro: a da filha e de familiares engajados na busca por terapias; a da geriatria multidisciplinar que conheci; a de uma profissional de cuidado terceirizada.

² Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do desenvolvimento do projeto e da pesquisa de doutorado. E agradeço à Annette Leibling por me incluir no projeto coordenado por ela, *A terceira onda da demência: uma etnografia da mudança no Brasil*, e financiado pela Universidade de Montreal (UdeM). Alguns dos dados desse artigo e da pesquisa de doutorado – aqueles coletados no centro de medicina – fazem parte do escopo desse projeto.

Um dia de consulta: a divergência

O centro de medicina no qual fiz a pesquisa é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal. Trata-se de um centro especializado em geriatria dentro de um Hospital Universitário, atende pessoas que foram encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde ou por médicos de outras especialidades (sejam eles profissionais da rede pública ou privada). A triagem e o acolhimento do serviço recebem as pessoas encaminhadas, investigam e categorizam possíveis condições de saúde. O centro é, também, uma referência para o diagnóstico da Doença de Alzheimer, muitos dos encaminhados carregam consigo a suspeita dessa doença. Depois de montados os diagnósticos, as pessoas podem ser encaminhadas para três ambulatórios: o da psiquiatria geriátrica, da geriatria geral ou das demências.

Muitas pessoas chegam ao centro com mais de uma condição de saúde, tomam diferentes medicamentos e são categorizadas, assim, como “casos complexos”. Muitas demências, nesse contexto, são também avaliadas como casos complexos que contém diagnósticos como: Doença de Alzheimer, demência mista, Parkinson ou demência vascular – mas não só, já que podem incluir hipertensão, diabetes, osteoporose, insuficiência cardíaca e outros. A metodologia dessa geriatria, que é formada por uma equipe multidisciplinar, envolve uma avaliação relativamente ampla do contexto geral de sintomas, experimentações com medicamentos, relações e cotidianos de cuidado; e as consultas tocam todos esses temas. São, assim, longas, densas e cheias de idas e vindas.

Logo no início de minhas observações nos ambientes de consulta, acompanhei o atendimento de uma família no ambulatório da demência. O caso era antigo, o que podia ser percebido pelo tamanho do prontuário e pelo tempo tomado pela médica no começo da consulta para folheá-lo e iniciar a conversa a partir de informações já anotadas. Tal prontuário, como vim saber mais adiante, contém informações das mais diversas, desde relatos biográficos a testes de memória, nomes de doenças, lista remédios utilizados, resultados de exames, anotações sobre dilemas enfrentados no cuidado cotidiano, alimentação, incontinências...

Era D. Carmela³ quem estava sendo atendida – uma mulher de quase 80 anos, diagnosticada há sete com uma Doença de Alzheimer. Além dela, estavam na sala de consulta a filha Marília, a cuidadora contratada Carla, a médica Dra. Lara e eu. Dra. Lara, em algum momento da consulta – como de praxe – perguntou como estavam os hábitos alimentares de D. Carmela. Marília relatou, com preocupação, que sua mãe estava muito apegada a guloseimas e doces. Ao que D. Carmela retrucou, dizendo que não, não era de seu feitio comer doces.

Marília deixou a mãe falar, mexeu a cabeça em negativa para comunicar à médica que não era verdade e passou a falar sobre as mudanças que fez na dieta da mãe e como isso era central para a sua atividade de cuidado. Contou que havia, há mais ou menos quatro meses, mudado o cardápio da casa, porque queria, por meio do consumo de vitaminas B12 e ômega 3 (conhecidas como boas para a memória e raciocínio), que a mãe melhorasse um pouco a sua situação. Por esse mesmo motivo, trocou todo o consumo de óleo da casa para o óleo de coco – pois soube que tal alimento teria um resultado terapêutico para a demência.

Marília aproveitou o espaço do consultório para comentar com Carla, a cuidadora, que o óleo de coco estava acabando muito rápido e que, talvez, isso estava ocorrendo porque ela utilizava mais do que o necessário na hora de fazer a comida e, assim, seria bom controlar, porque o produto é custoso para a renda mensal.

³ Todos os nomes utilizados no artigo são fictícios.

Carla disse que usava “só o normal”, não teria como usar menos. Marília insistiu um pouco, adicionando ainda que era importante variar mais no cardápio do almoço, diminuindo a quantidade de carboidratos e aumentando a de legumes; e controlar as guloseimas que Carmela pedia. “É importante cuidar da alimentação, né, doutora?”, perguntou Carla.

Dra. Lara respondeu, mediando o diálogo das duas, que mudar a dieta inteira nessa altura do campeonato talvez não fizesse mais muita diferença. Os efeitos positivos de uma dieta com pouco carboidrato e rica em vitaminas seriam mais evidentes depois de anos de consumo. Com quase 80 anos, D. Carmela talvez não se beneficiasse. Disse ainda que ela poderia comer algumas guloseimas, já que não tinha diabetes. E, já em fase moderada da demência, Dra. Lara falou que o seu medo era que, em algum momento, Carmela parasse de comer. O importante, nesse caso, era comer e segurar o peso: “porque o peso é um fator de proteção nos idosos”. Mas, vendo que Marília não gostou do comentário, acrescentou que era muito bom variar o cardápio e incluir coisas saudáveis.

A consulta seguiu, as desavenças sobre a alimentação foram deixadas de lado para que outros assuntos fossem abordados. Nesse e em muitos outros momentos da pesquisa, a decisão sobre o que e como comer ganhou centralidade. E ela, como fui perceber, envolvia disputas intensas sobre corpo, demência e saúde. Sem dúvida, isso se deve ao reconhecido papel que as práticas alimentares têm no cuidado cotidiano, especialmente nos casos de demência (HABERS, MOL e STOLLMEYER, 2002), assim como nas diferentes intenções sobre as práticas alimentares, sejam elas de intervenção em determinados sintomas, de prazer culinário, de garantia de nutrição ou de manutenção de vínculos afetivos (BRIJANAHT, 2011). Sigo o artigo argumentando, ainda, que os manejos e decisões sobre as práticas alimentares podem também nos aproximar de diferentes versões das demências, das decorrentes estratégias, disputas e acúmulos de práticas terapêuticas e das muitas relações que compõem e são compostas pelos seus circuitos de cuidado.

Explorar todas as alternativas – versões da demência e o óleo de coco

Depois de presenciar essa consulta, convidei Marília para uma entrevista. A recebi em minha casa, por decisão dela. Marília me contou muitas coisas sobre a história da doença de sua mãe e sobre a sua abordagem de cuidado. Marília desconfiava muito do tratamento medicamentoso para as demências. Disse-me que ouviu dos médicos e leu em suas pesquisas em livros e internet que tais medicamentos eram limitados e que, no máximo, poderiam segurar o avanço da doença por alguns anos. Não era um motivo suficiente, em sua opinião, para não os utilizar, já que “pode ser que eles ajudem um pouco, a gente nunca tem como saber”. Mas essa abordagem, além de causar várias complicações para o cotidiano de cuidado – já que eram custosos e precisavam de muitos cuidados e atenções – não era a única possível, ou suficiente, me disse.

Marília não está sozinha nessa desconfiança. Os principais medicamentos para a Doença de Alzheimer são os anticolinesterásicos, os quais aumentam a quantidade do neurotransmissor acetilcolina no cérebro. O medicamento não se relaciona com as causas ou a patologia da doença, é inócuo em boa parte dos casos e, além disso, pode gerar vários efeitos adversos. Por isso, há um debate intenso sobre se ele é ou não positivo (BALLENGER et al., 2009). O aumento da quanti-

dade do neurotransmissor, contudo, pode melhorar a atenção, memória e, eventualmente, o humor (ANDERSON, 2009). A memantina é outro medicamento específico para as demências, utilizado para evitar a morte de neurônios. De acordo com alguns de meus interlocutores, ele é mais indicado para a fase grave da doença, mas outros deles defendem que esse medicamento deve ser utilizado em conjunto com os anticolinesterásicos para potencializar o efeito dos dois. Muitos de meus interlocutores me disseram que seu efeito é discreto, desconfiando se é ou não bom mantê-lo, outros acreditam que mesmo um efeito discreto é positivo.

Outros medicamentos frequentemente utilizados são os antidepressivos e antipsicóticos – que manejeriam humores e comportamentos (LEIBING, 2009a). O cálculo sobre utilizar ou não tais medicamentos depende de uma série de decisões e de um ajuste constante dos riscos e intenções terapêuticas, efeitos adversos, de longo prazo, indesejados, vindos da polifarmácia e do preço excessivo do conjunto medicamentoso (LEIBING, ENGEL e CARRIJO, 2019).

Foi Marília quem retomou a consulta, me dizendo “Eu não gostei muito do que a médica falou, que não ia fazer diferença mexer na alimentação deles”. Disse-me que sabia que sua mãe estava conseguindo manter muita coisa na sua vida cotidiana e que isso se relacionava com o esforço que ela fazia em gerir e criar estratégias para o cuidado. Listou as atividades que ela inseriu na rotina de D. Carmela: faz exercícios, palavras cruzadas, terapia ocupacional, coral... “eu tento tudo o que você imaginar”.

Sobre a alimentação, Marília argumentou que viu um vídeo, anos atrás, de uma médica, cujo marido tinha Alzheimer. Essa médica havia iniciado, por conta própria, um tratamento baseado no óleo de coco e o marido melhorou. O fato, inclusive, foi medido pelos mesmos testes de progressão da doença utilizados pelo centro – como um que envolve desenhar um relógio. Marília mexeu em sua bolsa, pegou o celular, procurou o vídeo e me mandou ele pelo WhatsApp. Continuou me dizendo que essa história virou um livro, um *best seller* e inspirou várias pesquisas. “Eu faço tudo o que eu posso e essa parte da alimentação me dá muito trabalho. Eu penso no cardápio, compro, penso nas receitas. E eu sei que ela tá bem não é só por causa dos remédios, é por causa dessas outras coisas que eu faço, inclusive a alimentação”. Isso não era barato, me disse, especialmente porque a alimentação da casa era também consumida pela cuidadora e pelo marido de D. Carmela. O óleo de coco, assim, acabava sendo um peso. Marília novamente afirmou que achava difícil dialogar com Carla sobre as medidas e o uso adequado do produto, o que a estava fazendo repensar essa relação de trabalho, apesar de Carla, em sua opinião, ser ótima em outras atividades de cuidado.

Tive outras oportunidades de conversar e conviver com Marília. Ela me indicou muitos livros sobre alternativas de terapia do Alzheimer e outras demências, me falou sobre a rede de instituições e possibilidades de cuidado no Distrito Federal (DF) e compartilhou comigo o seu desejo de criar espaços mais adequados para a convivência de pessoas com demência. Marília pesquisava muito sobre a doença da mãe e criava estratégias e terapias a partir disso. Era importante para ela tentar todas as alternativas que pudesse.

Quando Marília saiu daquela entrevista, assisti ao vídeo. Em 2008, a médica cuja experiência Marília havia me indicado pesquisar – a americana Mary Newport – estava frustrada com a piora de seu marido, diagnosticado com a Doença de Alzheimer. Na ida para uma entrevista que incluiria (ou não) o marido em um estudo para a testagem de um novo medicamento, ouviu uma notícia sobre a metabolização deficiente de glicose pelo cérebro em pessoas com o diagnóstico da

Doença de Alzheimer e outras demências. Tal problema poderia ser resolvido, ou pelo menos enfrentado, com o consumo de um outro tipo de fonte de energia – *ketones*. E um dos alimentos que proporcionaria essa fonte de energia era o óleo de coco. Steve Newport, o marido de Mary, não passou na tal entrevista. Os testes tiveram resultados inferiores ao corte desejado. Um desses era a tentativa de desenho de um relógio – que ficou bem distante do que era considerado esperado para a fase leve da doença (objeto da pesquisa).

Frustrada e assustada com os resultados, Mary comprou o óleo de coco e mediu uma dosagem diária suficiente (consideravelmente alta) para intervir na situação de seu marido. Ela observou uma melhora intensa, inclusive nos mesmos testes. Passou a relatar o caso na internet, a partir de um site⁴ próprio, até ganhar maior visibilidade. Com o tempo, conseguiu fazer parcerias com pesquisadores que defendiam essa hipótese, criando um circuito de atenção cada vez maior para essa versão da Doença de Alzheimer e o seu possível tratamento. Mary chegou a escrever um artigo em parceria com alguns desses pesquisadores contando o “estudo de caso” feito com seu marido: suas idas e vindas, a inserção de um componente mais puro de fonte da substância e, curiosamente, a entrada do marido no estudo para a testagem do novo medicamento – já que os resultados dos testes melhoraram consideravelmente. Este estudo, contudo, não foi positivo para o casal, evidenciando ainda mais que a causa da melhora foi a nova fonte de energia para o cérebro.

Mary acumulou relatos de pessoas que fizeram os mesmos testes e publicou alguns livros (NEWPORT, 2013; 2015; 2019); deu entrevistas eternizadas em vídeos⁵ e ficou consideravelmente conhecida. Hoje essa versão da demência é reconhecida em alguma medida e testes controlados estão sendo feitos para produzir intervenções ‘oficiais’. Contudo, Mary também é uma figura controversa, causando a desconfiança de uma parte dos pesquisadores e médicos. Os regimes de conhecimento e buscas por cura e cuidado na Doença de Alzheimer e outras demências parecem articular, como argumentam Moreira e Palladino (2005), a produção e fortalecimento de verdades reconhecidas e institucionalizadas, ao mesmo tempo em que manejam e incluem muitas fontes alternativas de esperança.

A história de parentes de pessoas diagnosticadas com a Doença de Alzheimer que, de alguma maneira, conseguem se articular com redes maiores – sejam de médicos, pesquisadores, advogados, políticos – é longa e tem um papel central na transformação dessa doença em um tema de interesse público (FOX, 1989; BEARD, 2004; O’DONOVAN, et al., 2013). Mary se insere, assim, em um conjunto de parentes engajados na busca por pesquisa, cura e cuidado para além do que há no mercado e do conjunto de medicamentos existentes.

Essa versão da Doença de Alzheimer difere da dos medicamentos mais conhecidos – que lidam com neurotransmissores –, mas não se contrapõe à mesma. Outras versões e investimentos em pesquisa estão em curso, existem desde procuras por marcadores genéticos que possam, quem sabe, garantir um diagnóstico preventivo; tentativas de destruir as placas senis e emaranhados neurofibrilares (patologias reconhecidas da doença, apesar de também controversas), entre muitas outras (BALLENGER et al., 2009; LOCK, 2013). Tais versões nem sempre se negam entre si, mas suportam abordagens de tratamento distintas. Nenhuma dessas alternativas, contudo, era acessível para o consumo geral da prática assistencial – pelo menos não no SUS brasileiro quando fiz a pesquisa. Os remédios, contudo, eram financiados. Além disso, abordagens a partir de arte, estratégias

⁴ <http://coconutketones.com/>

⁵ https://www.youtube.com/results?search_query=mary+newport+alzheimer%27s

específicas de cuidado, música e outras são defendidas e circuladas por pesquisadores (KONTOS, 2005; KONTOS e NAGLIE, 2009; KONTOS et al., 2010; TAYLOR, 2017; FERIANI, 2017) e, inclusive, pelo Centro que recebeu minha pesquisa. As versões parecem se acumular e depender de articulações localizadas.

Em alguma medida, Marília almeja várias possibilidades de melhoras, mesmo que pontuais, como parte de suas estratégias de cuidado. A Doença de Alzheimer não significa uma coisa só e os tratamentos acompanham esse processo – é o acúmulo e testagem de estratégias de melhoria que não façam mais mal do que bem que compõem a busca relativa por saúde, ou qualidade de vida – outro termo muito importante para os tratamentos da demência. No cotidiano, Marília tenta acumular todas as informações que pesquisa e variar sua abordagem, já que nenhuma das alternativas promete, garante ou oferece uma cura final. Faz tratamento com os medicamentos, com a terapia ocupacional e com a alimentação a partir do aumento de vitaminas e da inserção do óleo de coco. Parece colocar em prática uma certa mediação de versões da demência na tentativa de manter a mãe mais atenta, tranquila e afeita a certos tipos de relação. Por isso, quando ouviu da médica que a mudança na alimentação não importava, sentiu como se uma parte fundamental do seu trabalho de pesquisa e constituição do cuidado fosse diminuída.

A clínica geriátrica e a Doença de Alzheimer que, invariavelmente, piora: olhando para o conjunto

A cena parece nos dizer que a médica não estava muito convencida de que esse tipo de intervenção alimentar faria uma diferença significativa, negando o conhecimento e as estratégias terapêuticas escolhidas pela filha. Ou ainda desconfiando de iniciativas que não tenham ganhado espaço *mainstream*. Essa cena caminha para essa conclusão, mas, com o tempo de pesquisa, passei a notar que ela também diz muito sobre o objeto e o tipo de cuidado e lógica de intervenção dessa geriatria multidisciplinar.

A posição dos geriatras que conheci em relação aos hábitos alimentares varia bastante. Tanto entre eles, como em relação ao caso atendido. Tenho a impressão de que tal variação se relaciona com a constituição do próprio objeto de intervenção dessa geriatria. Apesar de o ambulatório da demência dar centralidade para o cuidado dessas doenças, elas não são observadas como o único objeto de intervenção. Por diferentes caminhos, os profissionais do centro me ensinaram que a sua abordagem de cuidado e intervenção se relaciona com o *conjunto* – categoria que agrega a doença. Como um tipo de especialidade generalista (e multidisciplinar), focada no envelhecimento – algo parecido com a pediatria –, os geriatras incluem as demências em um *conjunto* de situações enfrentadas pelas pessoas envelhecidas e pelas famílias que realizam processos de cuidado e mediam suas intervenções a partir disso. A memória, as emoções, o cérebro e suas células são cuidados, mas são relacionados a um contexto maior: o organismo, o conjunto de doenças, a família, as relações de cuidado, a velhice na sociedade moderna.

Ao compor um objeto de intervenção – um *caso* – os geriatras parecem investigar, a partir de categorias específicas, o que pode interferir nos sintomas e na sua intervenção: sejam as relações familiares, os medicamentos utilizados ou as doenças acumuladas. Para Dra. Lara, D. Carmela não precisaria se preocupar tanto com as guloseimas. Levando isso para o *conjunto*, talvez esse julgamento se

relacionasse à sua avaliação de que dentre as doenças que D. Carmela experimentava, a diabetes não era uma delas, ou mesmo o peso e o excesso de alguma taxa relacionada à alimentação. Ou, ainda, que a alimentação estava já balanceada o suficiente para o que era entendido como saudável nutricionalmente.

Ainda me parece que Dra. Lara estava colocando em prática um aprendizado sobre o cuidado da Doença de Alzheimer manejado naquele contexto (que é um espaço de formação de residentes também): não há cura; nesse caso concreto vai piorar; é preciso pensar no futuro. Certa feita, acompanhei uma cena parecida com essa, uma senhora estava perdendo muito peso, de uma hora para outra. Ela se recusava a comer, ou comia muito pouco. O geriatra olhou para mim e disse “olha, é por isso que a gente fala que o peso é um fator de proteção, quando chega nessa fase, come só o que quer”. Outra vez, ouvi uma filha perguntando se estava tudo bem a mãe comer massa e arroz ao mesmo tempo, porque viu em um programa de televisão que não podia misturar os dois. A geriatra respondeu: “Assim, não é bom em geral, mas pra ela, o importante mesmo é que ela está comendo”. Ou outra vez, ainda, quando um filho tentava convencer o pai a parar de comer feijoadada, por causa da pressão alta, o médico adicionou: “é, tem que cuidar dessa pressão, mas dá pra diminuir a quantidade né, ou colocar menos sal, só não vai deixar ele sem comer o que ele gosta que depois isso dá problema!”

A prevenção por meio de uma alimentação saudável, que diminua os riscos de pressão alta, diabetes, obesidade e outros “fatores de risco da demência”, prevista em outros contextos – e, inclusive, narrativa intensa no debate sobre o que é tratar demência contemporaneamente (LEIBING e KAMPF, 2013) –, entra em conflito com a demência que já existe, já piorou e que, dificilmente, vai conseguir, a partir do Brasil, do SUS (ou mesmo da rede privada financiada por uma família de classe média alta) acessar os novos tratamentos divulgados constantemente. A piora esperada, então, deixa a prevenção e a alimentação saudável em suspenso – a ser avaliada caso a caso.

Até o peso pode virar tema a ser discutido. O peso como fator de proteção pode significar que pessoas magras sejam aquelas que se tornem mais fragilizadas em um momento de perda do apetite, ou da capacidade mesma de mastigar e deglutir. A perda de peso rápida e exagerada intensificaria a vulnerabilidade de corpos que não possuem peso suficiente (e Dona Carmela era uma mulher bastante magra). Julgamento, contudo, que não negava a busca por uma alimentação saudável, aproximando-se e distanciando-se desse objetivo a depender do *conjunto*.

Havia um cálculo entre como lidar com a alimentação saudável, preventiva e necessária para controlar a pressão e diabetes, extremamente comuns, e duas máximas que pareciam também orientar o serviço: “o importante é comer” e “o peso é um fator de proteção para idosos”. Cálculo que diferenciava, ainda, o que é saudável para o corpo adulto e o que é saudável para o corpo idoso, especialmente aquele que já tem demência. Nas versões agregadas por essa geriatria, as fases avançadas da doença envolveriam a perda de apetite, vontade de comer e, então, comer por si só era importante. Mesmo que fosse só o que se gosta. Assim, o cálculo envolvia mais do que o ‘saudável’, mas também os processos de piora prevista e a mediação de mais de uma doença. Tal processo tornava a prática mais difícil de ser padronizada, já que é dependente de cada caso. E, nesse sentido, o *conjunto* entra em ação: ao olhar para esse *conjunto*, decide-se o que é bom em termos alimentares.

Para além desses cálculos, como um dos focos da atuação é, também, estabilizar as relações, Dra. Lara pode ter julgado um possível conflito nas relações de

cuidado causado pelas decisões sobre a alimentação e, ao avaliar que isso poderia atrapalhar o cotidiano, tentou diminuir a importância de manter a dieta. As relações de cuidado, conflitos e disputas entram na avaliação do caso – inclusive como um dos possíveis sintomas relacionados ao desequilíbrio do *conjunto*. Tal versão da demência envolve a avaliação dos médicos sobre a qualidade das relações de cuidado. A saúde, aqui, desloca-se apenas da manutenção da memória, mas é voltada para as próprias relações. O corpo, os nutrientes e a demência são agregados em um *conjunto* maior. E, nesse caso, o conflito e a desestabilização das relações de cuidado superaram, na perspectiva dessa médica, a intervenção por meio do óleo de coco. Essa decisão poderia tomar um caminho bem diferente caso as taxas fossem outras, as doenças fossem outras, as relações fossem outras, o médico fosse outro.

Tal lida com alimentos não se alinha, necessariamente, com a esperança de melhora da memória a partir de intervenções – sejam elas alimentares ou medicamentosas. De maneira geral, os geriatras que conheci não parecem trabalhar com a esperança de melhora, mas com a estabilização contínua de humores, memórias, nutrição e relações de cuidado e, ainda, com a diminuição dos danos da piora. Saúde e terapia estão circunscritas a esse contexto. Essa versão das demências pode ser difícil de dialogar com as dos livros, pesquisas, laboratórios e propagandas sobre as alternativas que, mesmo liminarmente, manejam melhoras e promessas para futuras curas e potenciais prevenções. Ou até com a experiência de cuidado de muitos familiares que buscam, constantemente, melhorias por experiências das mais diversas, dialogando ou não com a biomedicina diretamente praticada pelos *seus* médicos.

Doença de Alzheimer, mercado do cuidado e o orçamento doméstico no preparo da comida

Quando conversei com a cuidadora de D. Carmela, já não era mais Carla. Uma outra mulher, um pouco mais velha, Aureliana, havia ocupado seu lugar. As duas trabalhavam como funcionárias terceirizadas, contratadas a partir de uma empresa especializada em cuidadoras de idosos – uma categoria trabalhista que acompanha a transformação do envelhecimento populacional em uma questão pública. Tais empresas têm crescido consideravelmente como opção para lidar com o cuidado de idosos sem passar diretamente pela legislação trabalhista – uma nova roupagem de uma histórica precarização do emprego doméstico e de cuidado no Brasil (AZERÊDO; 1989; PINHEIRO, GONZALEZ e FONTOURA, 2012; SAFIOTTI, 1982; SORJ e FONTES, 2012; DEBERT e OLIVEIRA, 2015). As cuidadoras contratadas por essa empresa terceirizada que conheci ganhavam um valor diário próximo a R\$ 75,00 e não possuíam direitos trabalhistas: como férias, décimo terceiro ou direito a ausência por doença. Apenas dias trabalhados eram pagos. As circulações e mudanças de funcionárias eram facilitadas nesse contexto.

Não soube com detalhes o que aconteceu para que Carla fosse demitida, mas os conflitos entre ela e Marília envolvendo o tipo de comida feita e a quantidade do óleo de coco utilizada foram centrais nessa decisão. As práticas de feitura da comida superaram a avaliação de que o resto do cuidado era bom, o que chama atenção para a importância delas nas relações de trabalho e expectativas sobre o cuidado (MOL, 2010). Aureliana disse-me que achava que a demissão aconteceu por conta da “mesmice” da comida feita por Carla: variar o cardápio foi uma das

orientações dadas a ela assim que assumiu o posto de trabalho.

Aureliana me contou que adorava cozinhar, entre as suas funções, era a preferida. Ela era responsável por muitas coisas, entre elas a supervisão do banho, a feitura e garantia de consumo de alimentos, atividades diárias: como exercícios, música e passeios pela quadra; troca de roupas, conversas extensas, convencimento sobre o consumo de remédios e comida e a lida com sentimentos, incômodos e desejos. Com a comida, Aureliana tentava inovar e fazer coisas gostosas, porque, em sua opinião, “comer é a principal parte do dia”. Aureliana ficava um pouco frustrada, contudo, porque tinha mais de 15 anos que ela não podia cozinhar como queria, fazendo receitas deliciosas, quitutes, “coisas supérfluas, sabe? Hoje em dia cada casa é uma coisa, um não pode glúten, outro sal, é bem hospitalar a comida que eu faço”. As restrições alimentares diminuía um pouco o prazer de Aureliana em cozinhar para os outros, especialmente com os ingredientes com os quais aprendeu a lidar ao longo dos anos. Ela se frustrava por não poder se engajar com a comida unicamente a partir do gosto, isso porque precisava incluir outros sentidos na alimentação, mediar desejos e muitas expectativas sobre o que era saudável. Em sua versão do cuidado, o gosto precisava ser comprometido para cuidar da demência, da pressão alta, da diabetes (assim como no contexto observado por Mol [2010] e Fleischer [2018]), mas, mesmo assim, a sua tentativa era de adaptação e de variação de cardápios, para continuar buscando o seu objetivo.

Tentei puxar novamente o assunto do óleo de coco. Aureliana estava um pouco desconfiada, apesar de eu ter participado – quando estava fazendo observações diretas no cotidiano da casa – de algumas conversas de corredor e estratégias adotadas para fazê-lo render mais e evitar os conflitos. Mas dessa vez estávamos gravando e isso deixou Aureliana mais reservada sobre o que falar. Desconversou um pouco e me disse que, em sua opinião, o óleo de coco não era a melhor alternativa. Não pelo gosto ou pela falta de potencial terapêutico, mas pelo peso que representava no orçamento doméstico e pela proximidade dele de outros alimentos industrializados. O preço de um pote de 500 ml poderia custar R\$ 30,00 e esse valor não era razoável para um item de cozinha fundamental, como o óleo. Ele era mais natural, concordou, mas estava desconfiada da medida em que era, de fato, natural. Em sua opinião, era tão industrializado quanto os outros. E, além disso, tinha ouvido falar que ele nem era tão bom quanto prometem: “e eles [os cientistas, imagino] mudam de opinião o tempo todo”.

Aureliana cresceu na roça, usando banha de porco. Para ela, por muito tempo falaram mal desse ingrediente, mas agora estavam reconsiderando-o. Em sua opinião, a vantagem dele era ser muito mais natural, porque não industrializado. Pelo menos aquele que ela costumava consumir. Além disso, Aureliana não se lembrava de os velhos da sua região terem tantos problemas de memória, diabetes e pressão – talvez tivesse alguma relação com os produtos industrializados, conjecturou. Julgou que os produtos industrializados eram, em geral, piores para a saúde. E, por fim, me contou que conseguia comprar um quilo de banha de porco por R\$ 10,00. Isso sim seria um preço adequado para o orçamento doméstico.

Aureliana se envolvia com a demência de D. Carmela a partir de relações de trabalho e cuidado diário. Nesse sentido, as práticas de alimentação e escolha de ingredientes também compõem (*enact*) políticas de mercado, relações patronais e estruturas de oferta de cuidado (BUCH, 2018). Aureliana recebe orientações e precisa cumprir com certas expectativas que, nem sempre, são manejadas somente por ela. A quebra dessas expectativas pode representar uma demissão.

Nesse sentido, Aureliana adaptava-se, incluindo suas preferências sem causar conflitos. Claro que o termo *trabalho* e as relações de mercado não definem por completo as suas interações (BUCH, 2018) – como elas nunca fazem, aliás (BATTISTA e ARAUJO, 2011; ZELIZER, 2011). Mas elas colocam em jogo, a partir da alimentação, versões da demência que situam as pessoas em diferentes posições dentro dos circuitos de cuidado e de elaborações sobre os alimentos e a saúde. Trazendo para a cena estratégias locais de partilha, hierarquias e divisão de tarefas dos cuidados. O que é adequado depende do quanto é saudável, mas também do quanto é viável e acessível. E, aliás, a ideia do que faz o saudável, saudável, desliza constantemente.

Aureliana julgava o óleo de coco como um ingrediente falho porque era caro. Ser caro atrapalhava uma série de aspectos do cuidado cotidiano. Era inadequado para o cotidiano de cuidado se era caro demais para a função que deveria ocupar, inacessível para boa parte das pessoas e, mesmo quando acessível, precisava ser muito controlado para não atrapalhar o orçamento doméstico. E, em seu caso, colocava as relações de trabalho em risco e intensificava dificuldades do cotidiano. A comida, nesse contexto, atravessava versões do cuidado da Doença de Alzheimer que eram marcadas por diferenças de tratamento dos ingredientes a partir de posições patronais, experiências de classe, acesso aos alimentos e hierarquias nas relações de cuidado trocadas no mercado.

Buch (2018), a partir de uma pesquisa com cuidadoras de idosos em ambiente doméstico nos EUA, entrou em contato com uma série de dilemas parecidos com esse. Observou que debates sobre o que comer, como preparar a comida, como manejar o orçamento doméstico e como mediar as relações de trabalho que se agregam às habilidades e hábitos de cuidado eram centrais para as rotinas de cuidado. Para a autora, lidar com essas questões é mais do que observar a resolução de detalhes paralelos ou burocráticos, mas participa diretamente da complexidade que é o estabelecimento de uma relação de cuidado e da busca pelo que vem a ser considerado bom e saudável ao envelhecimento. Entendo, então, que saúde, qualidade do tratamento, doença e cuidado deslizam, aqui, para o que significa manter uma casa com dinheiro e do que é, no caso das cuidadoras profissionais que conheci, trabalhar em relação a um orçamento doméstico – gerando e mediando os gastos, gostos e expectativas.

Considerações finais

A Doença de Alzheimer está em constante disputa. É uma condição complexa, variável e formada por meio de um conjunto amplo de técnicas e recursos socio-materiais. Não dei conta de todos eles, nem de uma parcela significativa. Mas resolvi seguir algumas variações relacionadas aos cuidados alimentares, que ganham menos centralidade nas narrativas sobre a doença e suas terapias. Não gostaria, com os relatos anteriores, de estabelecer necessárias conexões entre tipos de personagens e as suas versões do cuidado e da demência. Até porque, tais engajamentos podem variar consideravelmente. No lugar disso, espero ter feito aparecer maneiras a partir das quais a lida com ingredientes e cuidados da alimentação nos aproximam das muitas versões da Doença de Alzheimer e das suas composições cotidianas envolvendo corpo, saúde, mente, cérebro e políticas de cuidado. Corpo e doença, assim, são observados não pelo que são ou deixam de ser, mas pelos modos como são formulados e atravessados por determinadas práticas e suas implicações (MOL, 2002; LATOUR, 2004; MCCALLUM, ROHDEN e GRUDZINSKI, 2015).

Com as lidas do óleo de coco, pudemos conhecer a tentativa de uma filha, Marília, de inserir na lógica de cuidados diários vários elementos e substâncias que pudessem melhorar a saúde do cérebro. A partir de sua pesquisa sobre alternativas de pesquisa não medicamentosa, essa filha me apresentou a história de Mary, quem, ao tentar melhorar a situação do marido, investiu em intervenções baseadas no consumo de um tipo de fonte de energia. Marília, Mary e tantos outros parentes engajados com movimentações biomédicas e políticas são centrais para a transformação e manutenção da Doença de Alzheimer em uma questão de interesse (FOX, 1989; MOSER, 2008; BEARD, 2004).

Conhecemos ainda como um tipo de especialidade: a geriatria multidisciplinar de um hospital universitário, lida com o cuidado da demência e insere determinadas alternativas de intervenção buscando a estabilização de seu objeto de intervenção: o *conjunto* – o qual modifica os termos do que é tratado na demência. É um tipo de engajamento com a doença e seus circuitos que se realiza dentro da história dessa especialidade, desse centro e do que se tenta mediar no cotidiano. A Doença de Alzheimer, apesar de central, é uma entre outras condições a serem medidas e estabilizadas – mas não necessariamente curadas. E a escolha pelo óleo de coco, ou por uma dieta muito restrita, nem sempre é coerente com a perspectiva de estabilizar o *conjunto*. Nem corpo nem uma doença resumem a lógica do tratamento – mas esse tal *conjunto* definido em seus termos.

Pelos embates e circulação do óleo de coco, ainda, pudemos conhecer estruturas de organização do cuidado a partir do mercado de trabalho de cuidadoras de idosos. E, com elas, os jogos que a alimentação, a alimentação saudável e o valor de determinados ingredientes e formas de preparo colocam em cena. O óleo de coco e o jeito de cozinhar tocam as relações de trabalho, tensões de classe e expectativas sobre os ingredientes e sobre o cuidado, trazendo ao texto outras versões da Doença de Alzheimer e suas intervenções como políticas de cuidado e trabalho mais amplas.

Tomei o debate sobre o óleo de coco, assim, como fio condutor e agente central para me aproximar dos modos pelos quais determinados conhecimentos e estratégias de intervenção e cuidado são organizados em práticas distintas e fazem com que versões da demência se enfrentem e tensionem no cotidiano. O uso de um ingrediente nos conectou a manejos e deslizamentos das versões da própria doença, do corpo e da saúde.

Recebido em 14 de agosto de 2019.

Aprovado em 24 de novembro de 2019.

Referências

ANDERSON, A. “Pharmacologic treatment of dementia: a clinician’s view”. In.: BALLENGER, J. et al. *Treating dementia: do we have a pill for it?* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009. pp. 103-115.

AZERÊDO, S. “Relações entre empregadas e patroas: reflexões sobre o feminismo em países multirraciais”. In: OLIVEIRA COSTA, A. de.; BRUSCHINI, M. C.

(orgs.). *Rebelia e submissão: estudo sobre a condição feminina*. São Paulo: Vértice, 1989. pp.195-220.

BALLENGER, J. “Necessary interventions: antidementia drugs and heightened expectations for aging in modern American culture”. In.: BALLENGER, J. et. al. *Treating dementia: do we have a pill for it?* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009. pp. 189-210.

BALLENGER, J. “The biomedical deconstruction of senility and the persistent stigmatization of old age in the United States”. In.: LEIBING, A. & COHEN, L. *Thinking about dementia: culture, loss and the anthropology of senility*. New Jersey: Rutgers, 2006. pp. 106-122.

BALLENGER, Jesse et al. *Treating dementia: do we have a pill for it?* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.

BATISTA, A.; ARAÚJO, A. B. Intimidade e Mercado: o Cuidado de Idosos em Instituições de Longa Permanência. *Sociedade e Estado*, 26 (1): 25-45, 2011.

BEARD, R. Advocating voice: organizational, historical and social milieus of the Alzheimer’s disease movement. *Sociology of Health and Illness*, 26 (6): 797-819, 2004.

BRIJNATH, B. Alzheimer’s and the Indian Appetite. *Medical Anthropology*, 30 (6): 610-628, 2011.

BUCH, Elena. *Inequalities of aging: paradoxes of independence in American Home Care*. New York: New York University Press, 2018.

BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge, 1990.

COHEN, Lawrence. *No aging in India: Alzheimer’s, the bad family, and other modern things*. Berkeley: University of California Press, 1998.

DEBERT, G.; OLIVEIRA, A. M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 18: 7-41, 2015.

FERIANI, Daniela. *Entre sopros e assombros: Estética e experiência na doença de Alzheimer*. Tese. (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Estadual de Campinas, 2017.

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: Uma etnografia dos problemas de presença*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

FOX, P. From senility to Alzheimer Disease: the rise of the Alzheimer Disease Movement. *Milbank Quarterly*, 67 (58): 58-102, 1989.

HARBERS, H; MOL, A; STOLLMEYER, A. Food Matters Arguments for an Ethnography of Daily Care. *Theory, Culture & Society*, 19 (5/6): 207-226, 2002.

JENKINS, N. Dementia and the inter-embodied self. *Social Theory & Health*, 12 (2): 125-137, 2014.

KITWOOD, Tom. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press, 1997.

KONTOS, P.; NAGLIE, G. Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. *Sociology of Health & Illness*, 31 (5): 688-704, 2009.

KONTOS, P. Embodied selfhood in Alzheimer’s Disease. *Dementia: Sage publications*, 4 (4): 553-570, 2005.

KONTOS, P. et. al. Dementia care at the intersection of regulation and reflexivity: a critical realist perspective. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66 (1): 119-128, 2010.

LATOURET, B. How to Talk About the Body? the Normative Dimension of Science Studies. *Body & Society*, 10 (2-3): 205-229, 2004.

LEIBING, A. "From the periphery to the Center: treating noncognitive, especially behavioral and psychological symptoms of dementia". In. BALLENGER, J. et. al., *Treating dementia: do we have a pill for it?* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009b. pp. 74-97.

LEIBING, A. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*, 1: 37-56, 1999.

LEIBING, A. Tense prescriptions? Alzheimer medications and the anthropology of uncertainty. *Transcultural psychiatry*, 46 (1): 180-206, 2009a.

LEIBING, A. The Earlier the Better: Alzheimer's Prevention, Early Detection, and the Quest for Pharmacological Interventions. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38 (2): 217-236, 2014.

LEIBING, A; ENGEL, C.; CARRIJO, E. Life through Medications: Dementia Care in Brazil. *ReVista – Harvard Review of Latin America* (Aging in the Americas – Part II: facing the challenges), 2019.

LEIBING, A; KAMPF, A. Neither Body nor Brain: Comparing Preventive Attitudes to Prostate Cancer and Alzheimer's Disease. *Body & Society*, 19 (4): 61-91, 2013.

LOCK, Margaret. *The Alzheimer conundrum: entanglements of dementia and aging*. New Jersey: Princeton University Press, 2013.

MCCALLUM, A; ROHDEN, F.; GRUDZINSKI, R. "Introdução: hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil". In: MCCALLUM, A; ROHDEN, F. *Corpo e saúde na Mira da Antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA/ABA, 2015. pp. 7-26.

MOL, A. "Care and its values: good food in the nursing home". In: MOL, A; MOSER, I; POLS, J. (eds.). *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: transcript Verlag, 2010.

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

MOREIRA, T; PALLADINO, P. Between truth and hope: on Parkinson's disease, neurotransplantation and the production of the 'self'. *History of the Human Sciences*, 18 (3): 55-82, 2005.

MOSER, I. Making Alzheimer's disease matter. Enacting, interfering and doing politics of nature. *Geoforum*, 39 (1): 98-110, 2008.

NEWPORT, Mary. *Alzheimer's Disease: What If There Was a Cure? The Story of Ketones*. Laguna Beach: Basic Health Publications, 2013.

NEWPORT, Mary. *The Coconut Oil and Low-Carb Solution for Alzheimer's, Parkinson's, and Other Diseases: a guide to using diet and a high-energy food to protect and nourish the brain*. Laguna Beach: Basic Health Publications, 2015.

NEWPORT, Mary. *The Complete Book of Ketones: A Practical Guide to Ketogenic Diets and Ketone Supplements*. Laguna Beach: Basic Health Publications, 2019.

O'DONOVAN, O. et al. Tracking Transformations in Health Movement Organizations: Alzheimer's Disease Organizations and their Changing "Cause Regimes". *Social Movement Studies*, 12 (3): 316-334, 2013.

PINHEIRO, L; GONZALEZ, R.; FONTOURA, N. Expansão dos direitos das trabalhadoras domésticas no Brasil. *Nota Técnica/IPEA*, 10: 1–20, 2012.

SAFIOTTI, H. O trabalho da mulher no Brasil. *Perspectivas*, 5: 115-135, 1982.

SORJ, B.; FONTES, A. "O care como um regime estratificado: implicações de gênero e classe social". In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. (orgs.). *Cuidado e Cuidadoras. As várias faces do trabalho de care*. São Paulo: Atlas, 2012. pp. 103-116.

TAYLOR, J. Engaging with Dementia: Moral Experiments in Art and Friendship. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41 (2): 284-303, 2017.

ZELIZER, V. A. *Economic Lives: How culture shapes the economy*. Princeton: Princeton University Press, 2011.

em branco

Desenvolvimento infantil e deficiência: notas etnográficas sobre a Síndrome Congênita do Vírus da Zika no Rio Grande do Norte

Thais Maria Valim¹
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Resumo: A noção de “desenvolvimento infantil” estampa todas as cartilhas, manuais e conversas referentes ao acompanhamento de recém-nascidos, bebês na primeira infância e crianças. Há valores referenciais, padrões e metas estipulados a partir de uma universalidade biológica das etapas do desenvolvimento. Neste artigo, procuro refletir sobre como essas normas são negociadas no caso de crianças nascidas com alterações congênitas, como é o caso da Síndrome Congênita do Vírus da Zika, numa tentativa de traçar as diferentes formulações acerca do desenvolvimento observadas durante pesquisa de campo realizada entre famílias implicadas na epidemia do Zika no Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; deficiência; zika vírus.

¹ Mestranda em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRN.

Child development and disability: ethnographic notes on the Congenital Zika Syndrome in Rio Grande do Norte, Brazil

ABSTRACT: When it comes to caring for children, “child development” becomes a matter discussed on manuals, primers, conversations. There are patterns, goals of development and referential values based on a universal schedule of biological growth. In this article, I try to bring this universality to the ground, in an attempt to trace how different developments, such as that of children born with congenital syndromes, are dealt and negotiated in the lives of children diagnosed with the Congenital Zika Syndrome and their families in Rio Grande do Norte, Brazil.

Key-words: child development; disability; zika virus.

Desarrollo infantil y discapacidad: notas etnográficas sobre el Síndrome Congénito del Virus del Zika en Rio Grande do Norte, Brasil

Resumen: La noción de "desarrollo infantil" aparece en todos los folletos, manuales y conversaciones sobre el cuidado de recién nacidos, bebés y niños pequeños. Hay valores de referencia, estándares y objetivos estipulados a partir de una universalidad biológica de las etapas de desarrollo. En este artículo, trato de reflexionar sobre cómo se negocian estas normas en los casos de niños nacidos con alteraciones congénitas, como el Síndrome del Virus del Zika Congénito, en un intento de rastrear las diferentes formulaciones sobre el desarrollo observado durante investigación de campo realizada entre familias implicado en la epidemia de Zika en Rio Grande do Norte, Brasil.

Palabras-clave: desarrollo infantil; discapacidad; zika virus.

Desde 2017, venho pesquisando e conhecendo a realidade de famílias diretamente implicadas na epidemia do Vírus da Zika (ZIKV), arbovírus² que ficou conhecido em todo o Brasil a partir de 2015, ano em que o médico e professor de medicina tropical da UFRN, doutor Kléber Luz, conseguiu identificar o vírus na amostra genética de pacientes que queixavam-se do que até então vinha sendo chamado de “alergia medonha” ou de “dengue-branda” (DINIZ, 2016), devido ao fato de alguns dos sintomas relatados pelos pacientes serem semelhantes aos da dengue, como febre, dores pelo corpo e erupções cutâneas.

Após a identificação e aparente “controle” da situação, no entanto, o Zika voltou a estampar manchetes e reportagens por ser considerado o agente etiológico responsável pelos casos de microcefalia que também passaram a se acumular no país numa proporção nunca antes vista. Adriana Melo, neonatologista de Campina Grande (PB), analisou o líquido amniótico de gestantes cujo ultrassom apontou para microcefalia nos fetos e encontrou traços genéticos do vírus, resultado compatível com o de outras análises e investigações realizadas no país³.

Desde o comunicado oficial do Ministério da Saúde (MS) chancelando a causalidade entre infecção vertical por zika e microcefalia, pronunciado em novembro de 2015 (GONÇALVES, 2015), mais de três mil crianças foram diagnosticadas com o que especialistas passaram a chamar de Síndrome Congênita do Vírus da Zika (SCVZ) ou ainda Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus da Zika (SCAIVZ)⁴, e, diante desse cenário, muitos projetos de pesquisa foram elaborados em distintas áreas para dar conta de um fenômeno e de uma epidemia dessa monta.

Entre essas iniciativas, localizo o projeto “Zika e microcefalia: Um estudo antropológico sobre os impactos dos diagnósticos e prognósticos das malformações fetais no cotidiano de mulheres e suas famílias no estado de Pernambuco”, a partir do qual tive contato inicial com a epidemia e com a síndrome. A pesquisa, coordenada pela professora Soraya Fleischer (DAN/UnB)⁵, foi pensada a partir de um cronograma de execução que previa o acompanhamento de famílias afetadas por Zika na cidade do Recife ao longo de quatro anos. Como integrante do grupo, tive acesso aos diários de campo previamente editados das colegas que iam à capital pernambucana e construí minha monografia de graduação com base nessas leituras, fazendo, portanto, uma etnografia a partir de dados secundários, ou seja, a partir de dados que não foram por mim produzidos.

Após ter ingressado no PPGAS/UFRN⁶, continuei meus esforços de pesquisa em Natal, sob orientação de Rozeli Porto (DAN/UFRN)⁷, que também coordena um projeto sobre os desdobramentos da epidemia do vírus da zika e de outras

² Os arbovírus são vírus transmitidos para humanos por meio de artrópodes, como mosquitos.

³ Há uma complexa trama de atores, equipes e investimentos relacionadas às descobertas clínicas e laboratoriais do Zika Vírus. Para uma descrição refinada deste processo, recomendo a leitura do livro *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*, de Débora de Diniz, citado ao final deste artigo.

⁴ Embora a microcefalia seja o sintoma clínico mais conhecido, a infecção vertical pelo vírus da zika compreende um grande espectro de manifestações, como alterações cardíacas, oculares, ortopédicas. É devido a essa imensa variabilidade de sintomas que o fenômeno passou a ser compreendido enquanto uma síndrome.

⁵ Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

⁶ Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁷ Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

arboviroses, chamado *Doenças Endêmicas e Saúde: Zika Vírus, dengue, Chikungunya e os Itinerários Terapêuticos de mulheres no Rio Grande do Norte, Brasil*. Acompanhada de Fernanda Moura, também orientanda de Porto, frequentei o Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS), localizado no município potiguar de Macaíba, cerca de 25 quilômetros de distância da capital. O CEPS, ou “Anita”, como é informalmente chamado, é um dos centros de saúde do RN que fornece atendimento especializado a pessoas com deficiência e, após a epidemia do ZIKV, foi uma das instituições responsáveis pelo atendimento de crianças diagnosticadas com a SCVZ.

Durante todo esse tempo, além das interações presenciais em campo, procurei acompanhar também grupos de Facebook e páginas no Instagram direcionadas para síndromes raras, crianças com deficiência e “mães especiais”. Nessas buscas, encontrei uma página chamada *Diagnóstico não é destino*, onde as moderadoras procuram reiterar que a deficiência de seus filhos, ou seja, seu diagnóstico, não deve ser entendido como uma condenação, uma sentença, uma tragédia, e sim como uma forma específica de estar e viver no mundo.

A página, embora não tenha pretensões acadêmicas ou científicas, se alinha em muitas das discussões encabeçadas pelos *disability studies* (estudos da deficiência), área de investigação que procurava estabelecer uma nova perspectiva sobre a deficiência, deslocando-a ou ainda desprendendo-a de compreensões exclusivamente biomédicas, que enquadram a lesão enquanto um desvio da natureza, da norma, da normalidade, sendo, assim, uma desvantagem natural localizada individualmente na vida dos sujeitos (OLIVER, 1996).

Neste artigo, pretendo refletir sobre noção de diagnóstico enquanto destino. Para tanto, divido o texto em três momentos: primeiro, trago uma breve revisão bibliográfica sobre os *disability studies*, com o intuito de situar melhor a discussão sobre deficiência para as leitoras e leitores; depois, ingressando propriamente na discussão etnográfica, procuro refletir sobre as formas como deficiência e desenvolvimento infantil se conjugam, pensando tanto em narrativas hegemônicas desabonadoras quanto em ressignificações elaboradas pelas famílias.

Estudos sobre deficiência: uma introdução direcionada

Historicamente marcados como décadas de rebuliço, agitação e organização social em torno de pautas identitárias, os anos 60 e 70 foram palco de inúmeras manifestações e lutas do povo: no movimento negro, no movimento de mulheres, no movimento gay, as ruas se encheram de pessoas que marchavam pelo fim de políticas e práticas opressoras, em especial no norte global⁸. Foi também durante esse período que pessoas com deficiência se organizaram politicamente contra os processos de exclusão e discriminação por elas vivenciados, demandando participação e reconhecimento enquanto sujeitos sociais de plenos direitos.

A academia, embora nem sempre tenha facilidade de estabelecer diálogos com a militância (MACHADO, 2014), foi profundamente impactada pelos movimentos sociais e lutas políticas daquele período, absorvendo – muitas vezes sem o devido reconhecimento – novas gramáticas e significados em torno de questões como corpo, identidade, reconhecimento.

No campo da deficiência, uma organização política em particular teve importantes desdobramentos para os *disability studies*. Me refiro à UPIAS, Union of

⁸ Com a consolidação dos regimes militares na América Latina, marchas e protestos neste período foram muitas vezes violentamente coibidos no continente.

the Physically Impaired Against Segregation, ou, na tradução de Débora Diniz (2007), Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação, consolidada no Reino Unido durante os anos 70 e organizada majoritariamente por sociólogos com deficiência.

A liga tinha como objetivo formar uma organização representativa dos interesses políticos das pessoas com deficiência feita e pensada por pessoas com deficiência, e não somente para elas, caso de todas as instituições voltadas para deficiência até então, como o Royal National Institute of Blind People, fundado em 1868, no Reino Unido, ou o Instituto Nacional de Educação para Surdos no Brasil, fundado em 1857 (DINIZ, 2007). Tais institutos, embora se voltassem para as especificidades de inclusão e educação de pessoas com alguma deficiência, davam continuidade ao modelo médico de deficiência que, para os sociólogos ligados à UPIAS, deveria ser superado ou, no mínimo, repensado.

Segundo este modelo, a deficiência seria um desvio da natureza, uma desordem biológica (BARNES, 2016) alojada em uma pessoa (SIEBERS, 2008), correspondendo, portanto, a questões físicas pertinentes à biomedicina. É um modelo que identifica lesão e deficiência e coloca o corpo lesado como um corpo patológico que deve ser reabilitado ou curado. Como contraponto a essa visão e promovendo uma nova gramática sobre a deficiência, os ativistas e intelectuais da UPIAS lançaram, no ano de 1976, o *Fundamental Principles Document*, texto que consolidou a organização política e apresentou oficialmente um novo modelo de compreensão da deficiência (OLIVER, 1996: 31).

O modelo social, como foi chamado, vinha para negar a equação de igualdade imediata entre lesão e deficiência, ressaltando que esta última ocorre quando as dinâmicas e estruturas sociais não são adequadas para acolher a diversidade corporal, restringindo, assim, a participação de pessoas com deficiência. O modelo “não nega a especificidade da deficiência, mas a enquadra precisamente na sociedade”⁹:

Assim, deficiência, de acordo com o modelo social, é tudo aquilo que impõe restrições às pessoas deficientes; desde preconceito individual à discriminação institucional, de prédios públicos sem portais de acessibilidade a sistemas de transporte inutilizáveis; de uma educação segregada a arranjos de trabalho excludentes, e daí por diante. Ademais, as consequências dessas falhas não recaem aleatoriamente sobre os indivíduos, mas são sistematicamente aplicadas sobre pessoas com deficiência enquanto grupo que experiência essas falhas enquanto uma discriminação institucional por toda a sociedade¹⁰. (OLIVER, 1996: 33, tradução livre)

Os pensadores ligados à UPIAS possuíam, em sua maioria, orientações profundamente inspiradas em Marx e em Engels, vislumbrando o modelo social a partir de suas leituras do materialismo-histórico. Assim, a maior demanda do documento lançado em 1976 reivindicava por alteração da estrutura excludente para que a deficiência não fosse vivenciada como opressão (DINIZ, 2007).

Os dois modelos acima apresentados – médico e social – são conhecidos como os *modelos clássicos* de representação da deficiência (MELLO, 2009) e, embora o modelo social tenha fornecido elementos importantes para um alargamento do modelo médico, que congelava a deficiência em dimensões trágicas/individuais/biológicas, outros aspectos em torno da deficiência foram sendo apon-

⁹ “(...)It does not deny the problem of disability but locates it squarely within society”. (OLIVER, 1996: 32)

¹⁰ “Hence disability, according to the social model, is all the things that impose restrictions on disabled people; ranging from individual prejudice to institutional discrimination, from inaccessible public buildings to unusable transport systems, from segregated education to excluding work arrangements, and so on. Further, the consequences of this failure do not simply and randomly fall on individuals but systematically upon disabled people as a group who experience this failure as discrimination institutionalised throughout society.” (OLIVER, 1996: 33)

tados desde os anos 70: modelo psicológico, modelo caritativo, modelo administrativo. Michael Oliver chega a citar, de forma irônica, que havia mais modelos de deficiência do que modelos na Agência de Modelos de Lucy Clayton (OLIVER, 1996: 31).

Apesar da ironia com relação aos muitos alargamentos e direcionamentos do modelo social inicialmente proposto por Michael Oliver, Paul Hunt, Paul Abberley e Vic Finkelstein no documento de 1976, algumas críticas e ponderações a ele referentes traziam importantes questões que passaram ao largo das preocupações e encaminhamentos da primeira geração de teóricos da deficiência.

O movimento norte-americano Independent Living Movement (ILM), uma das fontes de inspiração para a elaboração do modelo social, postulava e demandava *independência* para as pessoas com deficiência por meio de alterações estruturais que permitissem, por exemplo, a livre circulação de cadeiras de roda; outro grupo, este de origem sueca, pregava em seu nome a ideia de que as pessoas com deficiência deveriam advogar por si mesmas, ter autonomia em suas decisões (Self-Advocacy Movement). Inicialmente, portanto, os ideais de *independência* e *autonomia* atravessaram a luta política da época, pontuada pela noção de que: “1) as desvantagens resultavam mais diretamente das barreiras que das lesões; e 2) retiradas as barreiras, os deficientes seriam independentes” (DINIZ, 2007: 26)

Aqui, é importante ter em mente que os pensadores vinculados à elaboração do modelo social clássico eram, em sua maioria, homens de camadas médias com lesões medulares. Para eles, a retirada de barreiras poderia coincidir com uma vida mais autônoma e independente. Contudo, mulheres, sobretudo mulheres cuidadoras de pessoas com deficiências mais complexas, colocaram luz sobre o fato de que há certas especificidades corporais que demandam assistência e cuidado ao longo de toda uma vida, por mais acessível que se façam os parques, as escolas, as redes de comunicação. A sugestão é de que, ao se afastarem do enclausuramento biológico do modelo médico, os primeiros teóricos da deficiência acabaram recaindo sobre um enclausuramento subjetivo da independência como valor.

Eva Kittay, uma das autoras responsáveis pela crítica feminista sobre o modelo social clássico (KITTAI, 1999), indica que a demanda por independência, presente em basicamente todos os manifestos e documentos iniciais sobre os estudos em deficiência, pode ser relacionada à teoria da justiça ocidental: a independência, ela diz, é divulgada como um valor e um atributo de *integridade* e *dignidade* humana; a dependência, do outro lado da relação binária, apareceria então como uma qualidade exclusivamente negativa e indesejável, incompatível com o sujeito soberano ocidental (KITTAI, 2011).

Assim, para Kittay e demais mulheres envolvidas na crítica feminista, como Anne Finger e Adrienne Asch, o modelo social precisava passar por uma revisão que conseguisse abarcar outras experiências de deficiência, dando conta, assim, da subjetividade do corpo deficiente e de processos ligados à dor, ao cuidado, à dependência e a outros elementos que outrora haviam sido descentralizados da discussão por representarem aspectos negativos no imaginário social – que poderiam, segundo os primeiros teóricos da deficiência, perpetuar estereótipos desabonadores.

Acredito, contudo, me alinhando às teóricas feministas da deficiência, que é somente iluminando tais aspectos que podemos imaginar novas representações, mais justas e acolhedoras, de vivências marcadas pela opressão capacitista. Ignorar a diferença, muitas vezes, significa aumentá-la e, por isso mesmo, é preciso

estar atenta para como os aspectos subjetivos da deficiência estão atrelados também a outros marcadores sociais, como classe, raça, gênero e geração, numa perspectiva atualmente conhecida como interseccional (MELLO e NUERNBERG, 2012).

É, então, a partir da noção de interseccionalidade que procuro pensar, no capítulo que se segue, a interface entre infância e deficiência. Segundo dados da *European Disability Forum Issues, Comprehensive Report on Development Cooperation*, embora seja difícil mensurar estatisticamente a deficiência à nível global, tendo em vista que as definições e enquadramentos variam muito de país para país, cerca de 78% a 85% da incidência de deficiência no mundo refere-se a crianças, concentradas sobretudo no sul global (MELLO, 2009). Essas crianças, em geral, moram em zonas periféricas com pouco acesso à educação, à moradia, à alimentação, à água, à segurança e ao lazer, dinâmica que contribui para o que Cláudia Werneck (2004) chama de “*ciclo da invisibilidade*”, noção que ilumina como os silenciamentos subjetivos denunciados pelas teóricas feministas estão presentes no cotidiano de muitas crianças e suas famílias.

A ideia de evidenciar os processos subjetivos relacionados à infância também dialoga criticamente com alguns aspectos semelhantes ao modelo médico, já que a infância foi durante muito tempo compreendida enquanto uma questão de maturação biológica e de pontos universais de desenvolvimento. Pensar na infância como socialmente construída (ARIÈS, 1973; JAMES e PROUT, 1999) permite uma observação mais realista de como as infâncias são diretamente influenciadas pelos marcadores sociais acima citados.

Muito embora tanto a deficiência quanto a infância tenham sido pensadas a partir de novas gramáticas e representações, ambas as categorias são constantemente perpassadas por uma compreensão biologizante, especialmente no caso de crianças com deficiência, cuja rotina se desenrola em muitos aspectos dentro de hospitais e terapias, além de necessitarem, em muitos casos, de fármacos e tecnologias médicas que ampliam a qualidade de vida, elementos que colocam famílias e crianças em contato direto com a biomedicina.

Na próxima sessão, irei orientar as reflexões a partir das experiências etnográficas vivenciadas enquanto acompanhava a rotina de terapias de crianças diagnosticadas com microcefalia no Centro de Pesquisa e Educação em Saúde Anita Garibaldi. Para tanto, tomarei como fio condutor do artigo a noção de *desenvolvimento infantil*, que aparece como uma importante categoria tanto no discurso médico quanto no discurso das famílias, procurando apresentar etnograficamente os diferentes caminhos e negociações em torno da noção e como essa categoria atravessa as representações acerca da deficiência na infância.

“Essa criança aqui... ela nem mexe”: biopolítica, expectativas de desenvolvimento e exigências de normalidade

Estávamos eu e Fernanda Moura no Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi. Era a segunda vez que visitávamos o espaço, então ainda não havíamos nos familiarizado com a equipe de terapeutas, com as usuárias e os usuários e com outras funcionárias e funcionários do local. Já estávamos, no entanto, autorizadas por Fabrício¹¹, fisioterapeuta responsável pela supervisão de pesquisas e outros estudos realizados no centro de saúde.

¹¹ Optamos pela utilização de nomes fictícios na escrita deste artigo.

Assim, com a presença autorizada mas ainda sem ter nossa identidade pessoal negociada e apresentada às pessoas que frequentavam aquele espaço, eu e Fernanda não tínhamos muitas escolhas além de fazer o que antropólogas muitas vezes fazem quando ainda não conhecem ninguém: vagar e perambular com nossos cadernos embaixo do braço, tomando notas sobre o espaço, ainda ocupando uma posição de pessoas-pela-metade, quase-invisíveis, como coloca Clifford Geertz sobre a experiência que teve com Hildred Geertz quando haviam acabado de chegar em uma das aldeias balinesas onde desenvolveram suas pesquisas. Felizmente, eu e Fernanda não nos recuperávamos da malária, como foi o caso de Hildred e de Clifford (GEERTZ, 1973).

Seguimos, então, na nossa condição de “sopro de vento” (GEERTZ, 1973: 186) pelo espaço, registrando onde cada serviço era disponibilizado: havia uma ala específica para a maternidade, uma ala específica para reabilitação de pessoas com deficiência – espaço de interesse maior para nossos objetivos no escopo do que havíamos nos proposto a investigar –, uma outra ala reservada para exames de tomografia, um outro espaço disponível para os muitos estudantes que frequentam o instituto, com mesas de estudo e computadores¹².

Seguimos para a área externa, onde uma muretinha de mármore fazia as vezes de banco pelas famílias que lá se sentavam enquanto aguardavam por uma consulta, por uma sessão de terapia ou pelo transporte que as levariam para casa. A muretinha estava cheia e, após uma apresentação um pouco tímida, eu e Fernanda começamos a conversar com Leilane, uma mulher alta, negra, com olhos de águia que esperava pelo carro da prefeitura para ir embora. Estava acompanhada de Cauê e Viviane, seus dois filhos. Viviane, de três anos, foi diagnosticada com a síndrome e já havia feito suas terapias do dia: fisioterapia e “terapia da bexiga”¹³, conforme nos contou a mãe.

A partir desse dia, em que puxamos papo pela primeira vez, estive com Leilane, Viviane e Cauê em muitas situações, já que passei a visitar o centro de saúde ao menos duas vezes por semana. Chegava cedo, antes mesmo dos serviços de terapia, consulta médica e consulta de enfermagem começarem. O momento de espera era bom para conversar, perguntar, amarrar pontos de histórias que ficaram confusos em outros encontros, como já indicaram outras antropólogas (FLEISCHER, 2018; PORTO, 2014). Foi em uma dessas esperas que Leilane me contou sobre quando recebeu o diagnóstico de Viviane e sobre a experiência traumatizante que viveu durante a avaliação global da caçula:

Eu fui descobrir da microcefalia só depois, né, depois de ter ela. Primeiro, falaram que ela tinha um probleminha, que ia talvez precisar de terapia pra desenvolver e encaminharam a gente pra avaliação global, aí lá, menina, lá que eu ouvi cada coisa, viu? Lá no dia tava a fisioterapeuta e a fono na sala, a fisio mexendo em Viviane, né, aí começou a falar com a fono: ‘você tá vendo algum movimento nela? Tá vendo algum movimento nessa menina? Porque eu não tô vendo nada, essa criança é uma criança parada, não vai fazer nada’ e a fono concordou, repetiu algumas coisas, e elas falavam assim mesmo sabe como se eu nem lá tivesse...

Após essa interação – nada terapêutica, diga-se de passagem –, Leilane con-

¹² Conforme o site do Anita: “Localizado em Macaíba, no Rio Grande do Norte, o Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi está inserido no SUS como serviço de referência ambulatorial para a atenção multidisciplinar à saúde materno-infantil e para reabilitação auditiva, física e intelectual, na proposta de Educação Baseada na Comunidade” (<http://www.institutosantosdumont.org.br/unidades/saude-anita-garibaldi/>). O CEPS Faz parte da organização Instituto Santos Dumont, idealizada pelo neurocientista Miguel Nicoletis, e que conta, atualmente, com inúmeros projetos reconhecidos a nível internacional.

¹³ Trata-se de uma fisioterapia específica para a *bexiga neurogênica*, condição causada por alterações no sistema nervoso central (SNC) que fazem com que haja retenção de urina, no caso da bexiga hipoativa, ou incontinência urinária, no caso da bexiga hiperativa.

toque voltou para casa e por lá ficou durante semanas. Não via sentido em entrar na corrida por serviços de saúde e reabilitação se a filha não tinha mesmo nenhuma esperança, como atestaram na avaliação. As palavras, muitas vezes, têm poder performativo e conduzem a atuações. O reforço discursivo em torno das incapacidades da filha – no diagnóstico, em consultas, nas primeiras avaliações – levou Leilane a acreditar que não havia nada a ser feito. O desalento, que já batia à porta da família desde a demissão de Carlos, marido de Leilane e pai das duas crianças, fez morada naquele núcleo doméstico: todos ainda baqueados com o diagnóstico, com a perda repentina de renda, com as muitas dificuldades que se anunciavam: “Foi um período muito difícil aquele início”, relatou Leilane.

A forma negativa utilizada para transmitir tanto o diagnóstico quanto as informações da avaliação global de Viviane se assemelham às narrativas que Gail Landsman, antropóloga e mãe de uma criança com paralisia cerebral, escutou ao longo de sua pesquisa com mães e maternidades associadas à experiência de cuidar de uma pessoa com deficiência (LANDSMAN, 2008).

Assim como no caso de Leilane, as mulheres que participaram da pesquisa de Landsman relataram que, majoritariamente, a notícia da deficiência de seus filhos lhes foi transmitida como uma informação negativa e trágica. Pelo que conta uma das interlocutoras, os profissionais envolvidos no parto de sua filha foram enfáticos em sublinhar as dificuldades, faltas e incompletudes que envolveriam a vida da criança: “No dia em que Kate nasceu, cada pessoa que entrava naquele quarto vinculada ao instituto de saúde só saía depois de ter certeza que eu compreendia a gravidade da deficiência dela” (LANDSMAN, 2008: 91, tradução livre), revelou uma das interlocutoras de Landsman. Faziam questão de enfatizar que a criança jamais poderia levar uma vida independente e autônoma, dado que ilumina o peso valorativo atribuído às noções de produtividade e independência mencionadas pelas teóricas da crítica feminista da deficiência, como comentei na introdução a esta sessão.

Na pesquisa de Landsman, o diagnóstico enquanto experiência negativa e desanimadora relatado pela interlocutora mencionada foi denunciado por quase todas as participantes da investigação. De cá, no sul global, pesquisas realizadas a partir do contexto da epidemia do Vírus da Zika também apresentam convergências. A experiência de Leilane se assemelha a histórias que escutamos de inúmeras mães em Natal, no Recife (LIRA, 2017; FLEISCHER, 2018; ALVES e FLEISCHER, 2019), em Salvador (WILLIAMSON, 2018). Histórias que seguiam consistentemente o padrão de sentença sobre a vida, reforçando que as crianças não sobreviveriam ou, caso sobrevivessem, o fariam por pouco tempo e em péssimas condições. Dialogando com as reflexões de LeBreton (2003 [1999]), a anatomia particular da microcefalia à época do surto adquiriu um valor de destino e de destino assombroso¹⁴.

Para Landsman (2008), a valoração negativa e derrotista depositada sobre recém-nascidos diagnosticados com alguma deficiência – ou até mesmo, como sugere Layne (1996), no caso de bebês prematuros que iniciam a vida em unidades de terapia intensiva neonatais – tem fortes influências de modelos de desenvolvimento infantil pautados exclusivamente em etapas biologicamente programadas de maturação e formação humanas.

Um dos primeiros a esquematizar e consolidar um modelo maturacional infantil foi Arnold Gesell, médico norte-americano que observou centenas de crianças durante a primeira infância em busca de regularidades comportamentais.

¹⁴ Vale ressaltar que o Omar Terra, Ministro da Saúde à época do surto, pronunciou-se acerca da epidemia em tom extremamente sensacionalista, referindo-se às crianças nascidas com a SCVZ como uma “geração de sequelados”.

Para o estudo, Gesell, em companhia de Frances Ilg, fundaram, na década de 1920, a Clínica de Desenvolvimento Infantil de Yale, posteriormente transformada no Instituto Gesell de Desenvolvimento Infantil. Naquele espaço, as crianças foram observadas durante as primeiras quatro semanas de vida, passando por testes de reflexo, coordenação, locomoção. Cada etapa gerava uma série fotográfica densa e detalhada que resultou posteriormente no *Atlas do Desenvolvimento Infantil: Delineamento Sistemático das Formas e do Surgimento de Padrões Comportamentais Humanos*, ilustrado em 3.200 fotografias publicadas em 1934¹⁵, onde Gesell elencava um “*inventário de capacidades infantis progressivamente adquiridas e expressas através de movimentos, posturas e gestos significativos*” (MENDONÇA, 2010: 323).

Para Gesell, o catálogo fotográfico¹⁶ de movimentos e habilidades selecionados por ele e por sua equipe eram manifestações de processos internos à composição biológica do ser humano e, por isso, considerados como *etapas naturais* do desenvolvimento. Embora aspectos externos e ambientais pudessem influenciar nesse processo, Gesell recusava qualquer protagonismo do meio ambiente, atribuindo agência formativa exclusivamente às dinâmicas biológicas (THELEN, 1992).

A teoria maturacional de Gesell foi amplamente aceita e difundida com uma certeza de dimensões quase religiosas (THELEN, 1995). Durante décadas, a escala de Gesell (*Gesell Developmental Schedule*) foi acionada como referencial para testes e outros instrumentos de aferição da saúde global da criança. Segundo a escala, a criança deveria desenvolver determinadas habilidades de acordo com sua idade cronológica, assim:

De acordo com essa escala, um bebê de 24 semanas deve conseguir se aproximar e tocar um chocalho com as duas mãos, ao passo que quatro semanas depois a criança deve conseguir aproximar e tocar um pequeno cubo ou sino com apenas uma mão; no desenvolvimento motor-grosseiro, na marca de 24 semanas, a criança deve ser capaz de sentar-se apoiando-se no chão com suas próprias mãos, enquanto que com 28 semanas ela já deve conseguir sentar-se de forma ereta por pelo menos um minuto. (LANDSMAN, 2008: 104, tradução livre)¹⁷

Tais transformações e marcas da primeira infância são, segundo Gesell e outras teóricas maturacionistas (como Myrtle McGraw ou Mary Shirley), etapas presentes em qualquer processo *normal* de desenvolvimento e é a partir destes pontos e marcas pré-estipulados que o desenvolvimento de uma criança poderá ser classificado como normal, quando compatível com elas, ou patológico quando com elas não convergir. Assim, crianças com deficiência, como no caso de minhas pequenas interlocutoras e interlocutores, são classificadas, ou melhor, carimbadas pelo rótulo da anormalidade.

O modelo maturacional de Gesell encontrou oposição na teoria do desenvolvimento de Piaget, que concedia às interações da criança com o meio ambiente um protagonismo muito maior do que Gesell propunha em suas pesquisas. Até

¹⁵ Margareth Mead, antropóloga conhecida por seu trabalho fotográfico entre crianças Balinesas, diz ter se inspirado profundamente na metodologia de Gesell, inclusive teve encontros e conversas com o cientista e publicou um texto sobre suas teorias (MENDONÇA, 2010).

¹⁶ Arnold Gesell foi, em muitos sentidos e como muitos pensadores da época, fortemente influenciado por Charles Darwin, não só pela identificação de regras naturais da evolução, como também por sua metodologia. O próprio Darwin foi um atento observador da infância, guardando registros e notas sobre os filhos, além de utilizar-se amplamente da fotografia como método de análise: “I found photographs made by the instantaneous process the best means of observation, as allowing more deliberation”, disse o biólogo, como relata Gesell (DARWIN apud GESELL, 1939).

¹⁷ “According to this scale, for instance, an infant of 24 weeks should approach and grasp a rattle with two hands, while four weeks later the child should approach and grasp a small cube or bell with only one hand; in gross motor development at 24 weeks, the child should be able to sit well leaning on his or her hands, while at 28 weeks he or she should sit erect for about one minute.” (LANDSMAN, 2008: 104)

hoje, ambos os teóricos são frequentemente acionados nas discussões sobre estágios do desenvolvimento infantil e, embora partam de premissas distintas, se assemelham na noção de que existe uma trajetória universalmente esperada a ser traçada pelo recém-nascido ao longo de sua infância. Os dois mais conhecidos teóricos na área, portanto, sugerem estágios cronológicos de desenvolvimento *normal e esperado*, ponto que repercute nas representações acerca da infância das mais diversas maneiras e tem influências sobre diferentes atores sociais, desde médicos, psicólogos e fisioterapeutas até mães e pais em seus cotidianos.

Há, resguardada sobre tais premissas, uma expectativa de desenvolvimento que é a todo momento verificada, fiscalizada e avaliada, mesmo que de forma não intencional. Recorrendo a Schutz (1962), nosso *estoque simbólico*, ou seja, nosso arsenal de significados e formas de dar sentido ao mundo, influi diretamente em nossa conduta social e é arranjado de maneira que construímos expectativas e muitas vezes certezas sobre a realidade na qual estamos atuando.

Esse estoque, cumulativo, é construído a partir de nossas experiências pretéritas: por meio do que e como aprendemos, tipificamos os acontecimentos em esperados ou não esperados, possíveis ou fantasiosos. Um modelo hegemônico – como no caso das teorias supracitadas – tem forte peso sobre essas expectativas, não só durante o anúncio de um diagnóstico, por exemplo, mas também em momentos triviais do dia a dia. A ideia é a de que alguns elementos são transformados em “expectativas normativas e em exigências” (GOFFMAN, 2004: 5) em nossas interações com o mundo, em nossas noções de realidade.

Voltemos ao diálogo com minhas interlocutoras, para ilustrar um pouco melhor o assunto. Lúcia é outra mulher que conhecemos por meio da pesquisa. Como Leilane, ela vai duas vezes por semana ao “Anita” com o filho José Luiz, que completará 4 anos em dezembro de 2019. Estávamos sentadas na famosa muretinha do instituto, já citada neste artigo, aguardando pela consulta do urologista de José, que, como Viviane, também possui bexiga neurogênica.

Conversávamos sobre a vaquejada que aconteceria em sua cidade na semana seguinte, quando uma mulher se aproximou de nós duas e nos cumprimentou. Ela também aguardava, mas, ao contrário de Lúcia, sua espera não era mais pela consulta e sim pelo carro da prefeitura que a levaria para casa. Após nos cumprimentar, direcionou o corpo e a voz a José, que estava no colo de Lúcia: “Oi, bebê. Boa tarde. Como você é lindo”. Ela falava, com entonação doce e infantil. “Ele já tem o que, hein? Um ano e meio, dois anos?”, perguntou, dessa vez direcionando a voz a Lúcia.

Alguns segundos de silêncio se sucederam enquanto Lúcia ajeitava José no colo, um pouco cabisbaixa: “Não, não, ele tem quatro já. É que ele é especial”. A mulher ruborizou-se, mas nada disse além de reiterar o comentário sobre a fofura de José. As expectativas dela, ao que me parece, estavam atravessadas pelo modelo linear e universal de desenvolvimento, segundo o qual uma criança de quatro anos é reconhecida pela habilidade de sentar-se, sustentar o pescoço, ficar em pé. Ao ver José no colo da mãe, de tempos em tempos chorando um chorinho fino, acionou o estoque simbólico de habilidades e usos do corpo atribuído aos bebês, levando a especulação sobre a idade máxima de dois anos atribuída a José. Vi cenas parecidas acontecerem pelo menos mais duas vezes com Lúcia e José. Nelas, o garoto era sempre identificado como um bebê muito novo e, em todas as vezes, tinha a sensação de que Lúcia não ficava plenamente a vontade durante essas interações.

Não posso aqui garantir certezas sobre os motivos do incômodo de Lúcia, mas posso abrir espaço para algumas especulações. O constrangimento que observei

em Lúcia, não só nas cenas descritas acima, mas também em conversas sobre o desenvolvimento de outras crianças, sobre marcas e conquistas, pode ser vinculado à ideia de que o desenvolvimento normal, ou melhor, a “normalidade” é, diante da biopolítica atual, um valor. Vivemos em um mundo de normas e como coloca Davis: “provavelmente, não há nenhuma área da vida contemporânea em que algum tipo de norma ou de média não tenha sido calculada”¹⁸ (DAVIS, 1995: 23, tradução livre).

Assim, seguindo a estrutura binária do pensamento hegemônico ocidental, se o normal é positivo, bom e justo, o anormal, seu par binário, recebe qualidades negativas: ruim, indesejável, intolerável. A construção histórica da normalidade como valor remete, também, aos mecanismos do processo civilizador (ELIAS, 1994), que se utilizou de uma distribuição valorativa das diferenças para, por um lado, estipular um padrão a ser seguido pela população e, por outro, vigiar e manter à margem aqueles que não o alcançavam. É criado, de certa forma, um desejo pelo padrão e uma aversão pelo desvio.

Essa distribuição valorativa das diferenças é bem descrita por Landsman em seu trabalho com mulheres mães de crianças com deficientes. A autora traz inúmeros relatos sobre o comportamento e reação das pessoas antes e depois de um diagnóstico de deficiência, por exemplo: “Quando ela nasceu e as pessoas ouviam que havia algo errado, foi tipo, os desejos de parabéns e as felicitações desapareceram, era como se você sequer tivesse um bebê¹⁹”, disse Lilly Beckett, uma das interlocutoras do trabalho em questão (2008: 57).

Fazendo um retorno a Goffman (2004), a fuga do que se exige pelas expectativas nunca é simples, ela envolve uma cobrança ou fiscalização sobre cada milímetro que se desloca da régua das expectativas sociais. O que Goffman chama de identidade social virtual está relacionada a expectativas com relação à normalidade, mas também dialoga com as expectativas em cima da anormalidade: há certas expectativas sobre o que uma pessoa com deficiência, por exemplo, pode ou não pode fazer e, muitas vezes, esse conjunto de expectativas é envolvido por um manto de desvalorização e desqualificação das possibilidades de vida de pessoas com deficiência.

O discurso negativo sobre a deficiência nas sociedades ocidentais é tão naturalizado que Gail Chödrön (2015: 12), acionando Campbell, coloca a questão como uma *ontologia negativa* associada a deficiência: “a ideia de que a deficiência tem uma *ontologia negativa* significa que corpos deficientes são vistos como inerentemente indesejáveis e intoleráveis²⁰” (tradução livre), como se a desvantagem de pessoas com deficiência fosse algo absoluto, essencial, natural. A filósofa, que também é mãe de uma pequena garota com deficiência, pontua que, na produção/manutenção dessa ontologia, aspectos negativos da deficiência são constantemente reforçados nas mais diferentes esferas e nas práticas do dia a dia: nos modelos hegemônicos de desenvolvimento, com aferições e medidas averiguando irregularidades e diagnosticando anormalidades; na ausência de pessoas com deficiência representadas na mídia, nas artes, nas narrativas; até mesmo em uma antipropaganda do governo do Canadá, que aponta os riscos do tabagismo estampando, nas embalagens de cigarro, imagens de um homem que passou a ser cadeirante após um infarto.

¹⁸ “There is probably no area of contemporary life in which some idea of a norm or average has not been calculated” (Davis, 1995: 23).

¹⁹ “When she was born and people heard there was something wrong, like, the congratulations disappears, it’s like you don’t even have a baby” (Landsman, 2008:57).

²⁰ “The idea that disability has a negative ontology means that disabled bodies are viewed as inherently undesirable and intolerable” (Chodron, 2015:12).

Para Chödrön, tal manutenção da deficiência enquanto algo de menor valor pode ser melhor compreendida a partir de um diálogo com Foucault, para quem o poder – ou as relações de poder –, nas sociedades contemporâneas, é exercido sobre a vida a partir da produção de conhecimento e verdades autoritárias sobre os corpos (CHÖDRÖN, 2015). A associação da deficiência a um atraso no desenvolvimento é uma associação que se ancora, entre outros elementos, na força de verdade com que questões associadas à natureza foram historicamente produzidas pela epistemologia ocidental.

Como bem pontua Isabelle Stengers, as ciências “duras” e “naturais” se apresentam como conhecimentos objetivos sobre a realidade, libertas das comuns “*ficções humanas*” de outras ciências. O manto de realismo que envolve a física, a matemática e a própria biomedicina faz com que qualquer ponderação e reflexão crítica sobre o fazer científico nessas áreas – e, conseqüentemente, sobre as verdades que produzem – soe como um ataque à própria racionalidade (STEN- GERS, 2005).

É com relação a esse discurso da verdade que corpos dissidentes são avaliados, medidos, esquadrinhados: são considerados desvios da ordem natural das coisas. E por isso devem ser curados, reabilitados, redimensionados, *normalizados*. É sob a justificativa da ciência e da saúde, da materialidade dos corpos, que se ancoram as exigências e padrões elaborados. E aqui também podemos compreender melhor a noção da normalidade enquanto valor, que mencionei enquanto descrevia as reações de Lúcia sobre as avaliações alheias sobre seu filho: ela está associada a essa verdade construída sobre o que se espera de um ser humano.

Essa verdade autoritária sobre o que é o humano e sobre a normalidade enquanto valor produz reações muito violentas sobre o diferente. Em nossa experiência de pesquisa, por exemplo, ouvimos relatos ao longo de todos esses anos após o surto de pessoas desconhecidas que se dirigiam aos bebês e às crianças chamando-os de “demônios”, de “monstros”, “ETs” e outras criaturas localizadas fora da esfera da humanidade. Todos esses termos remetem à negação do status de sujeito e de humano dessas crianças.

Os monstros, nomenclatura muito utilizada para ofender as crianças e famílias que conhecemos, por exemplo, são historicamente identificados com a deformidade, com a incompletude, com o desvio. Jorge Leite Jr. ilustra isso recuperando a definição de monstro proposta por Ambroise Paré, um médico francês, em 1573: “os monstros são as coisas que aparecem contra o curso da natureza” (LEITE Jr., 2006: 8). Foucault, ao tratar sobre o tema, também apresenta a ideia de transgressão das leis naturais na definição de monstro e demonstra como essa transgressão vem associada, também, a uma punição, como, por exemplo, a exclusão dos corpos abjetos e monstruosos dos espaços públicos e da vida social (2001). Inclusive, muitas pessoas, além de desprezarem as crianças que conhecemos na pesquisa como monstruosas, muitas vezes recusam-se a chegar perto delas para dar um “xêro” ou até mesmo a sentarem-se ao seu lado em ônibus e metrô.

A própria existência dos corpos dissidentes seria, assim, uma afronta à verdade da natureza, à ordem, à harmonia, ao padrão de civilidade. A deficiência e os desenvolvimentos infantis considerados atípicos são, dentro dessa perspectiva, atentados à ordem esperada do mundo. Embora, constitucionalmente, a dignidade de todas as pessoas deva ser garantida, os movimentos políticos e históricos localizam e avaliam os corpos de maneiras distintas. É como se o status ontológico dessas pessoas enquanto sujeitos plenos – enquanto pessoas, afinal – não

fosse estável.

No que concerne aos bebês, por exemplo, Landsman relembra que “na literatura em bioética, recém-nascidos, apesar de humanos, são compreendidos enquanto seres que não apresentam certas características atribuídas às pessoas, como capacidades cognitivas e a habilidade para deliberar racionalmente” (LANDSMAN, 2008: 56, tradução livre). Há uma seleção de características exigidas para preencher as normas de pessoa, e, entre elas, podemos elencar a aparência física e um determinado roteiro de desenvolvimento.

Quando não preenchidas, essas exigências repercutem na exclusão, na estranheza. Na realidade, qualquer fuga às exigências é penalizada, em nuances que vão desde um simples desconforto até o extermínio, a depender da posição do sujeito com relação à norma. Vale reforçar o que disse na metodologia: majoritariamente, as pessoas implicadas na epidemia do vírus da zika são mulheres negras moradoras da periferia, em sua maioria nordestinas, mães de crianças também negras, nordestinas, moradoras da periferia e com deficiência.

São pessoas, portanto, que não passaram a vivenciar a exclusão a partir da opressão à deficiência e, sim, convivem com a marginalização de seus corpos e a negação de suas subjetividades há longos ciclos. A “normalidade”, nesse contexto, é mais um elemento de distinção que se mostra inalcançável. Há, no fenômeno dessa epidemia, muitas camadas de desigualdade se perpetuando (DINIZ, 2016; MELLO e NUERNBERG, 2012) e elementos aparentemente naturais como o “desenvolvimento infantil” também vêm embebidos em concepções essencialistas que atualizam essas diferenciações.

Contudo, embora modelos hegemônicos tenham força e se atualizem por meio de políticas públicas, de propagandas e de produtos de consumo, nada no mundo é formado e moldado por uma única fonte. Como sugere Moser (2000), não somos constituídos por uma única forma hegemônica de discurso: nas práticas do cotidiano, outras narrativas e discursos vêm à baila, ora corroborando o discurso hegemônico, mas também negociando-o e tensionando-o. Na próxima seção, procuro refletir sobre outras narrativas de desenvolvimento construídas no cotidiano do cuidado das famílias que acompanhei na pesquisa.

Desenvolvimentos múltiplos: ontologias em disputa, mundos em elaboração

Após passar cerca de um mês em casa, saindo somente para realizar atividades inevitáveis, Leilane foi procurada por uma assistente social vinculada à prefeitura de São Gonçalo do Amarante, município do Rio Grande do Norte onde mora a família. A profissional queria saber sobre a rotina de Viviane: como a criança estava, se frequentava terapias, se estava tomando alguma medicação. Leilane, ainda traumatizada com a última experiência, respondeu que nas consultas ainda não haviam indicado nenhum remédio para a filha e que, com relação às terapias, Viviane não ia em nenhuma e seguiu descrevendo para a assistente social como as duas haviam sido tratadas durante a avaliação global de sua caçula.

“Isso é um absurdo”, respondeu Lia, a assistente social em questão. “Como podem falar com uma mãe dessa maneira? Isso não se faz”. Lia sugeriu, então, que Leilane desse mais uma chance às terapias, que ela mandaria um carro da prefeitura buscar as duas, bem na porta de casa, e as deixaria em frente ao centro de saúde. Leilane estava tão baqueada que respondeu: “Eu agradeço e a senhora pode mandar, mas eu não vou”. No dia combinado, no entanto, o carro apareceu e Leilane decidiu levar a filha mais uma vez para uma avaliação:

Nesse dia o tratamento foi diferente, sabe? As fisioterapeutas falaram para eu esquecer os absurdos que as outras médicas disseram. Que era importante que Viviane fosse às terapias, que resultado a gente sempre vê, me animaram com relação ao futuro, falaram de outras crianças que estão evoluindo muito na fisioterapia, no seu ritmo.

O encontro inaugurou uma nova fase na vida da família. Viviane passou a fazer fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, terapias voltadas para a bexiga neurogênica. Na vivência das terapias, a ideia de desenvolvimento e de evolução são categorias presentes constantemente, mas não de forma homogênea. Embora, no conjunto terapêutico, a ideia hegemônica da *normalização* apareça também com uma certa constância, ela se mescla, se encontra e se confronta com outras formas de narrar a deficiência, outras maneiras de lidar com a diferença corporal. No Anita, instituição onde Viviane faz a maior parte de suas terapias, por exemplo, a proposta é a de nunca trabalhar com a noção de normalidade/ patologia, respeitando sempre as individualidades, reconhecendo as especificidades: “*a gente precisa adaptar a terapia à criança e não só a criança à terapia*”, me disse uma das profissionais da instituição.

Nas sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, consultas com urologistas e neurologistas que pude acompanhar enquanto visitante no Anita, observei que aquela era uma preocupação de muitos profissionais. Todas as avaliações eram conduzidas a partir da trajetória de cada criança, nunca de comparações entre uma e outra. Cada profissional conhecia muito bem seus pacientes e estavam familiarizados não somente com os aspectos técnicos de cada prontuário, mas sabiam quais músicas cada uma das crianças gostava, conseguiam manter um bom acompanhamento de suas rotinas fora do instituto. Em uma das sessões em que estava acompanhando Lúcia e José Luiz, vi Paloma, fisioterapeuta, distinguir pelo menos três tipos de convulsões do menino:

Ele agora tremeu a perninha, você viu? Tem crise que ele treme os membros inferiores, tem crise que já pega nos superiores, em outras ele fica completamente imóvel e toda a movimentação se dá nos olhos. Eu já aprendi a ver, já aprendi a reparar. Quando ele volta da crise, passa um tempo aéreo, vai voltando aos poucos e eu preciso adaptar a terapia a ele, preciso conhecer ele.

A partir desse conhecimento íntimo da criança, que os profissionais de saúde em questão detêm e no qual as mães são praticamente especialistas, uma série de diferenciações, transformações e agitações de desenvolvimento vão sendo notadas. No lugar de utilizarem a escala de desenvolvimento padrão, diante da qual as crianças com deficiência são, como vimos, desvalorizadas, uma escala individual é construída para cada criança (WILLIAMSON, 2018; VALIM, 2019), capaz de captar, identificar e nomear os vários desenvolvimentos em jogo.

Em uma outra manhã, em que acompanhei José e sua família, por exemplo, estávamos em uma sessão de fonoaudiologia. Lúcia estava sentada em uma banqueta com José no seu colo, posicionado de frente para Marília, a *fono*, que preparava um material que seria inserido na boca de José para estimular certas sensações no menino: primeiro, uma espátula encoberta por uma camada de algodão molhado com água quente; depois o mesmo material encoberto com água fria. Marília ia conduzindo a espátula dentro da boca de José, mexendo para frente e para trás, em seguida mudando a posição do material para a lateral da língua, onde o movimento de vai e vem se repetia.

A cada etapa, Marília ia ensinando a José: “*Esse aqui é quente, José*”, repetia, deslizando a espátula delicadamente para dentro e para fora da boca do garoto. Lúcia, então, comentou: “*Eu notei que ele começou a reclamar, sabe, do gosto do*

remédio, do barbital²¹, ele resmungava agora, tipo como quem acha ruim, e antes ele não resmungava”. Marília retirou a espátula com algodão quente da boca de José e completou: “É que ele tá aprendendo, mãe, que as coisas têm gosto, que as coisas têm temperatura, têm textura”.

Aquela era uma conquista, uma evolução a ser comemorada da mesma forma que os primeiros passos de uma criança com desenvolvimento considerado típico o são. Em ambas as situações, as crianças estão, na realidade, realizando algo tipicamente humano: o aprender. Contudo, seguindo os modelos de desenvolvimento biologizantes, tudo se passa como se a criança com desenvolvimento considerado típico adquirisse naturalmente essas habilidades, ao passo que José Luiz, por exemplo, precisasse ser ensinado. E isso, como vimos acima, entra no conjunto de aspectos negativos associados à deficiência.

A ideia de que há um conjunto de habilidades e competências inatas ressoa a discussão sobre o inato versus o adquirido, tema que perpassa a antropologia desde suas fundações (KRÖEBER, 1933). A investigação antropológica, inclusive, iluminou como certas características transmitidas e ensinadas são naturalizadas de forma tão intensa que passam a impressão ilusória de que se tratam de dados objetivos do mundo natural, mascarando a sua construção histórica num processo que, recorrendo a Bourdieu, podemos chamar “amnésia da gênese” (BOURDIEU, 1983: 66).

Marcel Mauss, em *As técnicas corporais*, um famoso e agradável texto, traz uma série de exemplos das técnicas e aprendizagens envolvidas em certos usos do corpo que, à primeira vista, soam como atributos inquestionavelmente naturais, como, por exemplo, o andar, que parece refletir um processo de desenvolvimento anatômico absolutamente natural na vida. Contudo, Mauss, ao apresentar diferentes tipos de marcha, ritmos de caminhada e estilos de pisada, revela como o andar está imerso em intensos processos de aprendizado de técnicas: o andar não é absoluto, invariável e, sim, localizado, múltiplo. Em certa medida, todos aprendemos e somos ensinados a usar o nosso corpo, sendo ele nosso primeiro instrumento (MAUSS, 2003).

As crianças com deficiência estão, da mesma forma que as crianças com desenvolvimento considerado típico, apresentando diferentes formas de evoluir, de aprender, de conhecer e explorar o corpo. Para pensar o corpo com deficiência enquanto mais uma forma de estar no mundo dentre outras, e não como uma anormalidade/desvio/patologia, é preciso se afastar de modelos fixos, rígidos e que funcionam muitas vezes como asfixiantes espartilhos da vida.

Há toda uma nova gramática do desenvolvimento sendo formulada pelas mães e demais cuidadoras, que conhecemos no âmbito da pesquisa, que possibilitam novas representações acerca da deficiência e da infância: as famílias celebram a diferença de seus filhos, enfatizam o quanto aquelas crianças lhes ensinam sobre o mundo, sobre a vida. Descubrem juntos novas possibilidades, resistem juntos às opressões normalizadoras. Reterritorializam o campo semântico outrora imposto, renovam e ampliam fronteiras, ampliam conjuntos de técnicas e conhecimentos.

O que na gramática hegemônica é considerado desvio é revisto como potência, como uma incrível força presente nessas crianças que, a despeito das avaliações negativas e da descrença generalizada, seguem vivendo e nesse viver transformam relações sociais e recriam expectativas. Talvez por isso incomodem tanto: seus corpos dissidentes são lembretes constantes de que há outros mundos, há

²¹ Abreviação do Fenobarbital, medicamento utilizado no arranjo de remédios para controlar as crises convulsivas do menino.

outras possibilidades para além da *normopatia* excludente, de que a realidade não é absoluta, única, estável.

Contudo, não é possível ignorar a existência de narrativas redutoras, afinal, elas também estão implicadas em uma série de práticas do dia a dia. O modelo hegemônico, embora seja contestado, negociado e remanejado pelas famílias, continua tendo fortes efeitos sobre a vida cotidiana. Durante uma conversa que tive com Tâmara – interlocutora que conheci durante uma viagem para Fortaleza, onde seu filho, Marquinhos, participaria de uma competição de paratletismo infantil na modalidade de natação –, ela me disse: “*Todo dia você tem que se reconstruir, quando chega no final do dia e você pensa em todas as cenas que aconteceram... e precisa se reerguer, se rearranjar pra começar tudo de novo no dia seguinte*”.

Naquele momento, falávamos sobre as muitas experiências de exclusão vivenciadas por ela e pelo filho. Mais cedo, tentando nos deslocar até o Clube Náutico Atlético Cearense, complexo esportivo onde as competições estavam acontecendo, eu, Viviane, Tâmara, Leilane e Marquinhos passamos por situações embaraçosas e humilhantes com dois motoristas de Uber que cancelaram a viagem quando viram que se tratavam de crianças com deficiência. Mais tarde, a mesma situação aconteceria na viagem de volta: “*Tá vendo como não tem espaço no mundo?*”, Tâmara me reforçava.

As palavras de minha interlocutora me fizeram lembrar de Raynna Rapp e Faye Ginsburg (2001), que discorrem sobre como a deficiência é, em muitas sociedades ocidentais, alojada na esfera do extraordinário, distante das coisas e relações do mundo cotidiano. No entanto, elas sugerem, isso é uma falácia, já que a deficiência está constantemente presente, mas é também constantemente silenciada, invisibilizada, confinada. Como propõe o modelo social da deficiência, apresentado na introdução deste artigo, o que definirá a forma como a pessoa com deficiência participa ou não da sociedade não está localizado exclusivamente em dados naturais ou biológicos e, sim, na forma como a própria sociedade recebe a diferença.

Entre os Karitiana, povo indígena de língua tupi-arikém da Amazônia Meridional, por exemplo, pessoas com deficiência, chamadas de *osikirip*, demonstram, em alguns casos, dificuldades em realizar atividades consideradas essenciais para a manutenção da vida, como varrer a casa e lavar louça no rio, no caso de mulheres e crianças, e de caçar, no caso dos homens. Mesmo assim, os Karitiana não deixam de reconhecer tais pessoas como seus parentes, como humanas e, por isso, se engajam na construção de socialidade com elas. Como indica Íris Araújo (2015: 52), “*todos contribuem para isso: uma mãe me explicou que aos pais das crianças não especiais cabe a tarefa de ensinar aos filhos o cuidado e a paciência que se deve ter com aqueles que são especiais*”. Assim, ainda que a diferença entre os *osikirip* e as pessoas consideradas normais seja demarcada, essa diferença não os exclui e nem os marginaliza, como aconteceu com Marquinhos e Viviane na cena do Uber ou como na própria narrativa desenvolvimentista que identifica a diferença como atraso ou falha.

Nesse sentido, as narrativas alternativas de desenvolvimento elaboradas pelas famílias que conheci operam também como um instrumento de inclusão, de construção da socialidade e funcionam também como uma demanda pela possibilidade de existência, por participação e “espaço no mundo”, afinal. A disputa por outras leituras da deficiência e do desenvolvimento é uma disputa também ontológica, onde se discute quem e o que é valorizado. Uma ontologia, como coloca Annemarie Mol (2008: 68-73), “define o que pertence ao real” e coloca as

“condições de possibilidade” com que vivemos. A realidade, sugere Mol, não é fixa, estável e absoluta, como queriam as ciências “duras”, e sim localizada histórica, cultural e materialmente. Assim, há tantas ontologias quanto há realidades. O desenvolvimento e a deficiência, questões aqui tratadas, não são fixos e imutáveis. Tratam-se, também, de inúmeras versões que são construídas e elaboradas diariamente a partir da vida e das interações práticas.

Nesta leitura, a deficiência, por exemplo, não é algo que possa ser definido com exatidão e exclusividade: sua realidade irá depender das diferentes articulações que a colocam em prática, podendo resultar em práticas excludentes ou, por outro lado, inclusivas. A deficiência entre os karitiana é distinta da deficiência diagnosticada por um técnico de ultrassom em uma capital brasileira, bem como há diferentes versões do que é deficiência se perguntarmos a um adepto do desenvolvimentismo infantil ou a uma amorosa mãe que cuida de sua filha com microcefalia. Todas essas respostas são reais e são elaboradas nas práticas, interações e articulações do cotidiano.

As diferentes práticas resultam, efetivamente, em diferentes realidades, em diferentes experiências de deficiência. Assim, as práticas de ressignificação do desenvolvimento das crianças elaboradas pelas famílias que conheci, resultam, ainda que de forma não hegemônica, em diferentes ontologias, em diferentes produções do real que permitem outras possibilidades de vida para crianças com deficiência. Ao denunciarem que não há “espaço no mundo” para seus filhos, como me disse Tâmara, as mulheres que conheci estão também, afinal, propondo e criando outros mundos.

Recebido em 31 de agosto de 2019.

Aprovado em 24 de novembro de 2019.

Referências

ALVES, Raquel; FLEISCHER, Soraya. ‘O que adianta conhecer muita gente e no fim das contas estar sempre só?’ Desafios da maternidade em tempos de Síndrome Congênita do Zika Vírus. *Revista Antropológicas*, 29 (2): 6-27, 2018.

ARAUJO, Iris Moraes. *Osikirip: os ‘especiais’ Karitiana e a noção de pessoa ameríndia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARNES, Elizabeth. *The Minority Body: A Theory of Disability*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

BOURDIEU, Pierre. “Esboço de uma teoria geral da prática”. In: *BOURDIEU: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. pp. 82-122

CHÖDRÖN, Gail. *Inclusion without Potential: Disability and the Biopolitics of Neuro-logical Human Capital Investments*. ProQuest Dissertations and Theses, 2015.

DAVIS, Lennard. *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness and the Body*. New York: Verso, 1995.

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

DINIZ, Débora. *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador. Vol.1: Uma História dos Costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FLEISCHER, Soraya. Segurar, caminhar e falar: notas etnográficas sobre a experiência de uma “mãe de micro” no Recife/PE. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 3 (2): 93-112, 2017.

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: Uma Etnografia dos Problemas de Pressão*. Brasília: EdUFSCar, 2018.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Lígia M. Pondé Vassalo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

GEERTZ, Clifford. *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books, 1973.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. LTC: Rio de Janeiro, 1981.

GONÇALVES, Carolina. Ministério da Saúde confirma a relação entre vírus zika e microcefalia. Agência Brasil, 2015. Acesso em 30/07/2019: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-11/ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>

JAMES, Alisson; PROUT, Alan. *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press, 1990.

KITTAY, Eva. The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris*, 24 (1): 49-58, 2011

KRÖEBER, Alfred. “O superorgânico”. In: *A Natureza da Cultura*. Lisboa: Edições 70, 1933. pp. 39-79.

LANDSMAN, Gail. *Reconstructing Motherhood and Disability in the Age of Perfect Babies*. London: Routledge, 2008.

LAYNE, Linda. “How’s the baby doing?”: Struggling with narratives of progress in a neonatal intensive care unit. *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (4): 624-656, 1996.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003.

LEITE JR, Jorge. Monstros, bufões e freaks: riso, medo e a exclusão dos anormais. *Revista Boca Larga, Caderno dos Doutores da Alegria*, 2, 2006.

LIRA, Luciana C.; SCOTT, Russel Parry; SOUZA, F. M. Trocas, Gênero, Assimetrias e Alinhamentos: experiência etnográfica com mães e crianças com síndrome congênita do Zika. *Revista Antropológicas*, 28 (2): 206-237, 2017.

LIRA, Lays. *Mães de micro: três redes de cuidado e apoio no contexto do surto da síndrome congênita do vírus zika no Recife (PE)*. Monografia. Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, 2017.

MACHADO, Lia Zanotta. Interfaces e deslocamentos: feminismos, direitos, sexualidades e antropologia. *Cadernos Pagu*, 42: 13-46, 2014.

MAUSS, Marcel. “As técnicas corporais”. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: CosacNaify, 2003.

MELLO, Anahi; NUERNBERG, Adriano. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas*, 20 (3): 635-655, 2012.

MELLO, Anahi. *Por uma abordagem antropológica da deficiência: pessoa, corpo e subjetividade*. Monografia (graduação em Ciências Sociais), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.

MENDONÇA, João Martinho. Margaret Mead, Bali e o Atlas do comportamento infantil. *Horizontes Antropológicos*, 16 (34): 315-348, 2010.

MOL, Annemarie. “Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas”. In: *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

MOSER, Ingunn. Against normalisation: subverting norms of ability and disability. *Science as Culture*, 9 (2): 201-240, 2000.

OLIVER, Michael. *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Basingstoke/New York: Palgrave, 1996.

PORTO, Rozeli. “Saúde, contracepção e aborto: profissionais de saúde e suas relações com mulheres usuárias do SUS no RN”. In: *Antropologia e mediadores no campo das políticas de saúde*, Brasília, 2014.

RAPP, Rayna; FAYE, Ginsburg. Enabling Disability: Rewriting Kinship, Reimagining Citizenship. *Public Culture*, 13 (3): 533-556, 2001.

SCHUTZ, Alfred. “On Multiple Realities”. In: NATANSON, Maurice (ed.). *Collected Papers, vol. I: The Problem of Social Reality*. The Hague: Nijhoff, [1945] 1962. pp. 207-59.

SIEBERS, Tobin. *Disability Theory*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2008.

STENGERS, Isabelle. Introductory notes on an ecology of practices. *Cultural Studies Review*, 11 (1), 183-196, 2005.

THELEN, Esther. Motor development: A new synthesis. *American Psychologist*, 50 (2): 79-95, 1995.

THELEN, Esther. Development as a dynamic system. *Current Directions in Psychological Science*, 1 (6): 189-193, 1992.

VALIM, Thais. Interpretando cuidados: narrativas maternas acerca do desenvolvimento de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus em Recife/PE. *Áltera*, 1 (8): 94-114, 2019.

WERNECK, Cláudia. *Manual sobre Desenvolvimento Inclusivo para a Mídia e Profissionais de Comunicação*. Rio de Janeiro: WVA Editora, 2004.

WILLIAMSON, Eliza. Cuidado nos tempos de Zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil. *Interface*, 22 (66): 685-696, 2018.

Nem só de hormônio vive o homem: representações e resistências de homens transexuais (1984-2018)

Júlio Ferro Silva da Cunha Nascimento¹
Universidade Federal do Pará

RESUMO: Em 1984 é publicada a autobiografia *Erro de pessoa*, escrita por um homem trans chamado João W. Nery, por anos a única referência brasileira sobre transmasculinidade. Hoje em dia, além do livro, existem as redes sociais e sites de compartilhamento de informação, que podem abordar as transmasculinidades pluraais. O intuito do presente artigo é analisar as representações e resistências de homens *trans* em jornais da década de 1980, entrevistas, site de compartilhamento de vídeos Youtube e redes sociais, analisando permanências e discontinuidades de 1984 a 2018.

Palavras-Chaves: transmasculinidade; periódicos; representatividade.

¹ Bacharel em História (UFPA).

Man shall not live by hormones alone: representation and resistances of transexual men (1984-2018)

Abstract: In 1984 the autobiography of a trans man called João W. Nery, *Erro de pessoa*, that for years was the only Brazilian reference on transmasculinity, was published. Nowadays, in addition to the book, there are social networks and information sharing sites, which can address plural transmasculinities. The purpose of the present article is to analyze the representations and resistances of trans men in newspapers of the eighties (1980's), on the video sharing site *Youtube* and social networks, analyzing permanences and discontinuities from 1984 to 2018.

Key-words: transmasculinity; newspapers; representativity.

No sólo de la hormona vive el hombre: representación y resistencias de hombres transexuales (1980-2018)

Resumen: En 1984 se publica la autobiografía de un hombre trans llamado João W. Nery, *Erro de pessoa*, que por años era la única referencia brasileña sobre transmasculinidad. Hoy en día, además del libro, existen las redes sociales y sitios de intercambio de información, que pueden abordar la transmasculinidades plurales. El objetivo del presente artículo es analizar las representaciones y resistencias de hombres trans en periódicos de la década de los ochenta (1980), en el sitio de intercambio de vídeos *Youtube* y redes sociales, analizando permanencias y discontinuidades de 1984 a 2018.

Palabras clave: transmasculinidad; periódicos; representatividad.

O estudo da transexualidade confronta moldes corpóreos e acadêmicos ao questionar conceitos tradicionais de corpo e gênero através da chamada Teoria Queer, que tem em Judith Butler um de seus expoentes. Pesquisadores, geralmente, tendem a produzir textos onde generalizam a transexualidade ao tentar conceituá-la, identificando padrões que sustentam a sua problemática. A riqueza dos “temas trans” está na pluralidade, porém, tal atitude acadêmica empobrece a pesquisa, pois ignora que a transexualidade possui não apenas continuidades, mas também quebras, além de não levar em consideração os modos diversos de uma pessoa se entender enquanto transexual, enquanto determinado gênero e expressão de gênero (NASCIMENTO, 2018).

Vale questionar o discurso científico sociobiológico a respeito de corpos trans, onde entende-se sexo como a classificação de caráter biológico com base em elementos orgânicos como cromossomos, níveis hormonais, órgãos produtivos e genitais (JESUS, 2012). Tal pensamento é negado pela Teoria Queer por encarar o sexo como uma construção social que se pretende biológica e neutra, que há séculos é ligada a um cientificismo que “comprova” se alguém é “homem de verdade” ou não, em um caráter biológico frequentemente arbitrário (BUTLER, 2011). A noção de sexo passa por influências culturais, como o terceiro sexo indiano (NAPHY, 2004) e, por contradição, se depara com corpos que fogem de uma tradição macho ou fêmea, a exemplo, os intersexuais (MACHADO, 2008).

Embora crescente, os estudos de “temas trans”, em sua maioria, abordam a trajetória e militância de mulheres trans e travestis. Já os homens trans², frequentemente, são pesquisados apenas quando o assunto é estudar a comunidade transexual em geral. No Brasil, a abordagem específica a respeito da transmasculinidade é recente para as ciências humanas (LEITE JR., 2011), iniciada nos anos de 2010, diferente dos estudos da transfeminilidade, datadas desde 1990.

Posto isso, torna-se relevante a pesquisa a respeito da representação da transmasculinidade, uma vez que o “silêncio” sobre essa comunidade acaba por manter preconceitos a respeito de homens trans, mas, também, a sua invisibilização de classe (VERAS, 2015). Além da representação, é interesse estudar resistências transmasculinas devido estas alterarem como são representados e se representam nas artes, nas redes sociais e trabalhos acadêmicos, com relatos coletados em entrevistas presenciais, relatos *on-line* e autobiografias de homens trans.

Entrevistas do passado e do presente

Utilizando a ferramenta de busca da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, foi possível encontrar notícias presentes nos periódicos de 1980 a respeito de João W. Nery, um escritor ativista transexual que causou impacto com o lançamento de sua autobiografia, publicada em 1984. As notícias tendem a focar na

² Homem transexual é o sujeito que, ao nascer, foi designado mulher com base na existência de vulva, mas, ao longo de sua vida, entende-se enquanto homem.

questão cirúrgica ou nos hormônios da vivência transmasculina, propensão ligada ao sensacionalismo, comum em reportagens que focam na parte que possui mais chance de chamar a atenção do leitor. Cirurgias e o uso de hormônios são presenças marcantes em matérias jornalísticas até hoje, o que diminui as vivências trans às questões médicas e farmacêuticas.

Os jornais encontrados da década de 1980 que abordaram a obra de João W. Nery são Folha de São Paulo (SP), Jornal do Commercio (RJ), Jornal do Mato Grosso (MT) e o Jornal do Brasil (RJ). Nas matérias, é possível notar o impacto que sua obra causou: jornalistas começam a escrever sobre homens trans, embora sendo comuns os casos de “o homem que nasceu mulher” ou “a mulher que virou homem”. Entendo esta tática como maneira de fazer o leitor ou leitora leigos entenderem, mesmo de maneira simplória, o que é transexualidade, levando-os a se interessarem em ler a obra.

De todas as fontes de periódicos, apenas a Folha de São Paulo dedica mais que uma pequena coluna a João W. Nery, sendo uma matéria de meia página, com uma entrevista ao escritor a respeito de sua trajetória enquanto homem transsexual. É notável a preocupação do jornalista em pesquisar sobre o assunto e defender direitos transexuais como a descriminalização das cirurgias de transição de gênero e a mudança de nome e de gênero do indivíduo. Nery realizou as cirurgias e a mudança de nome e de gênero ilegalmente, fato encarado como necessário devido a um atraso³ da sociedade brasileira em acolher pessoas transexuais:

Como consequência, a marginalização do indivíduo se torna inevitável. Consciente de sua esterilidade após a cirurgia de conversão e de sua incapacidade de se “deleitar com o prazer orgástico”, ainda assim João Nery decidiu se insurgir contra a estupidez das regras sociais e jurídicas, optando pela cirurgia. (FOLHA DE SÃO PAULO, 1985: 27)

No presente trabalho, a pesquisa da trajetória de João W. Nery pode ser justificada devido ao fato de Nery fazer questão de “levantar a bandeira” do movimento social ao qual pertence. Infelizmente, existe a dificuldade notável de outras referências transmasculinas pré-século XXI, fator que ligo a duas questões principais: jornais que preferem abordar narrativas transfemininas e a outra é a “passabilidade cis”⁴ (ALMEIDA, 2012) que homens trans conseguem alcançar.

As características corporais do estereótipo masculino para um homem trans em processo de transição são mais fáceis de serem adquiridas do que as femininas, portanto, homens trans são lidos de forma masculina mais fácil que travestis que procuram adquirir uma leitura social feminina. Por isso, muitos homens trans preferem “se misturar na multidão” do que atuar em grupos de militância, atitude agravada devido à transfobia que leva muitos a evitarem o desgaste emocional de assumirem-se abertamente como transexuais (ALMEIDA, 2012).

Além das fontes escritas, foram realizadas entrevistas com cinco homens transexuais paraenses para entender as suas situações num âmbito local e atual, onde os mesmos relataram sobre os frutos da militância transmasculina na cidade de Belém, os obstáculos sociais e familiares impostos sobre a sua sexualidade, procedimentos médicos e o reconhecimento enquanto homem.

Um dos entrevistados, Fernando⁵, branco, morador de periferia, classe média baixa, 21 anos, universitário, comenta que, desde a infância, a discriminação faz parte de sua vida: isso porque tal infância foi marcada por exclusão por ele ser

³ “Atraso” comparado com países como Estados Unidos que, desde a década de 1960, possui casos de pessoas que fizeram “conversão sexual” amparadas por tribunais (CASTEL, 2001).

⁴ Termo que se refere à capacidade de uma pessoa que é trans ao adquirir características ligadas ao seu gênero, de ser lida, socialmente, pelo gênero que se identifica. Como, por exemplo, um homem trans, que ao ter barba e voz grave, pode ser visto como um homem cis por se enquadrar no estereótipo masculino.

⁵ Nome fictício para preservar a identidade do entrevistado.

sempre o “estranho” que não se identificava com as meninas e era excluído pelos meninos. Conforme o passar dos anos, o desejo de assumir roupas masculinas e cabelo curto amadurecia, tanto que, aos 12 anos, Fernando cortou o cabelo e assumiu roupas masculinas: “*pra mim, isso foi como uma terapia; pra minha família, um pesadelo*”.

Geralmente, os entrevistados apenas adotavam cortes de cabelo curto na fase adulta, mas Fernando comenta que durante boa parte da sua infância possuía cabelo curto, pois havia criado determinada estratégia: comum em muitas escolas, as crianças praticavam o *bullying* de pôr chiclete no cabelo das outras, mas Fernando teve a ideia de apelar para esse comportamento de “criança” e chegar em casa cheio de chicletes presos no cabelo, sem contar para a família que quem pregou as gomas de mascar foi ele mesmo, obrigando a mãe a cortar o seu cabelo.

Do papel para a Internet

Segundo Simone Ávila (2014), a emergência de homens transexuais no cenário ativista LGBT+ brasileiro é datada apenas por volta de 2010 com o surgimento de organizações voltadas, nacionais e estaduais, em específico para questões transmasculinas. A autora defende que o crescimento da participação transmasculina em termos de militância é ligada ao crescimento da visibilidade de homens trans na mídia, com personagens homens trans em séries e o caso do “primeiro homem grávido”; o crescimento do uso da internet dentre a população brasileira nos anos de 2010 possibilitou o contato entre homem trans em comunidades *online*, *blogs* e *sites*; e quebrar com anos de isolamento político de homens transexuais em passeatas e organizações no movimento transexual brasileiro (ÁVILA, 2014).

Entre os entrevistados, o site de compartilhamento de vídeos chamado Youtube é entendido como principal fonte de informação sobre assuntos pertinentes à comunidade transexual, como identidade de gênero, o processo de assumir-se, como e onde se hormonizar, entre outros assuntos. O grande diferencial da plataforma é que ela permite a publicação de vídeos feitos por homem trans para homem trans – embora maioria do sudeste brasileiro ou de fora do Brasil –, sem o intermédio de uma pessoa cis como um jornalista ou acadêmicos que sejam cisgêneros, como fala Rodrigo:

Todas as referências que eu tinha de homem trans eram principalmente estrangeiras e dificilmente eram daqui do norte, eram mais sul e sudeste, né? Então todas as informações iniciais que eu tive foi por conta da internet, enfim, foram por conta desses homens trans que já tavam aí no Youtube, por exemplo. Conheci também a história do João W. Nery por conta da internet.

Lucca Najar é um criador de conteúdos para o Youtube que produz vídeos em torno de temáticas transexuais, geralmente falando da sua própria transmasculinidade. Com cerca de 90 mil inscritos no seu canal, chegando a possuir um vídeo de quase meio milhão de visualizações, Najar ganhou notoriedade na comunidade e na mídia, tanto que um de seus vídeos apareceu na novela *A Força do Querer* (2017), que bateu recordes de audiência.

A publicação *on-line* de vídeos produzidos por homens trans para homens trans, “nós por nós”, representa bem a difusão de informação na presente década, pois, além da importância de se informar sobre procedimentos médicos, é também importante que quem produz participe da comunidade transexual, afinal, os vídeos mais comuns são vídeos sobre como o próprio *youtuber* passou pela tran-

sição de gênero, como a família o tratou ou o trata, seus relacionamentos amorosos enquanto transmasculino, entre outros temas, o que pode ser visto como uma questão de protagonizar a produção de conhecimento sobre assuntos trans.

Porém, paralelamente, torna-se possível questionamentos a respeito do alcance da representação transmasculina. Pois, é perceptível a presença da branquitude e de elementos masculinos como fatores comuns entre os homens trans na cena *youtuber*. Lucca Najar, Jackson Bird, Téhh Queiroz, Chase Ross, Luca Scarpelli são donos dos vídeos com maiores taxas de visualização a respeito de homens trans no Brasil e mundo afora, sendo todos homens transexuais magros, brancos e que passaram por cirurgia de retirada dos seios. Embora seus marcadores sociais ligados a privilégios sociais não diminuam a sua importância enquanto militantes trans, é possível entender uma invisibilização negra dentro da comunidade transmasculina.

A historiografia tradicional prioriza fontes físicas, no entanto, nas últimas décadas, abraçou o uso de fontes orais. Mas o uso de fontes digitais ainda é raro e pode ser encarado com desconfiança, impulsionada pela rápida temporalidade e falta de credibilidade que elas podem apresentar (DE ALMEIDA, 2011). Porém, para a produção deste artigo, tornou-se essencial o uso de fontes digitais, devido ao fato de ser unânime entre os entrevistados o uso da internet na construção da sua identidade, mas, também, na fala de garotos e homens trans entrevistados em reportagens e documentários.

Em termos de estudos trans e outros temas, o erro de negar a importância da internet e da mídia na vivência de quem é entrevistado ou entrevistada prejudica a pesquisa (ARAÚJO, 2014). As redes sociais e sites de compartilhamento de vídeos *online* provam-se presentes na construção de sujeitos políticos que frequentemente levam a militância desses espaços para as ruas, coletivos, projetos sociais, assim por diante.

Homem sim, trans também, hormônios à parte

Uma questão mais do dia a dia da comunidade transmasculina é a chamada “passabilidade cis”, que é uma forma de pessoas trans conseguirem exercer estéticas e comportamentos esperados, neste caso, apenas de sujeitos homens, mas com menores ou sem riscos de constrangimentos, podendo haver a possibilidade do uso de elementos masculinos que determinado sujeito trans não chega a gostar, mas utiliza para melhor misturar-se na multidão ou emanar respeito, como ir frequentemente à academia.

Entendo que o uso de elementos culturais ditos masculinos como um fator identitário transmasculino altera a natureza do elemento. Por exemplo, usar trajes de basquete que são folgados pode ser algo passado em branco por homens cis, mas para homens trans pode ser uma forma de esconder o volume dos seios. Logo, pode-se notar um fator político-social ligado ao que seria um simples ato cotidiano.

A relação entre o sentido político-social em atos ditos masculinos exercido por homens trans pode ser bem mais claro quando o assunto muda para o uso de hormônios e cirurgias, uso tão ligado à comunidade transexual que o senso comum leva a entender que é o que se resume ser trans e que pessoas cisgêneros não realizam esses procedimentos médicos (TUSSI, 2006).

Existem homens cisgêneros que realizam a retirada de glândulas mamárias excessivas. As glândulas não causam complicações médicas, mas são retiradas devido ao paciente acreditar ser de grande importância para sua qualidade de

vida (DAVANÇO, 2004). O homem cisgênero que realiza esse procedimento médico não é homem apenas após a cirurgia, ele já possui uma identidade de gênero masculina e a cirurgia foi uma forma de viver a sua masculinidade e evitar futuros constrangimentos. Portanto, um homem que é trans também já é homem antes da cirurgia.

Homens cisgêneros na andropausa podem procurar o uso de testosterona por considerar importante para a imagem que têm de si mesmos (ROHDEN, 2011). O homem cisgênero continua homem antes e depois do tratamento, não é a testosterona que determina seu gênero, o papel da testosterona é ajudá-lo a viver à sua maneira de ser homem, assim como o homem transexual que opta pelo tratamento hormonal.

Dessa forma, pode-se refletir sobre o seguinte questionamento: transição é o ato de tomar hormônios ou de realizar cirurgia? Nenhuma das duas opções. Encaro como uma questão identitária: no caso dos homens trans, é o ato do indivíduo se entender como homem e passar a viver o seu gênero homem e não o gênero mulher, que o era imposto. Este entendimento do que se caracteriza um homem é capaz de sofrer alterações em um processo de constante alteração conforme sua vivência, assim como acontece com homens cis (GASPODINI, 2017). Portanto, a transmasculinidade é uma identidade e não um procedimento clínico.

Seja por escolha própria, pressão social ou a comum mistura das duas, os procedimentos médicos de hormonioterapia, cirurgia de redesignação sexual, retirada do útero e mastectomia masculinizadora possuem um custo elevado, sendo necessário estabelecer nesta pesquisa a relação desses fatores com a renda e etnia dos homens que são transexuais.

Posto isso, utilizamos os relatórios do Ipea, FJP e Pnud que produzem estatísticas a respeito da divisão de renda entre os brasileiros de acordo com fatores como gênero, etnia e localidade (rural ou urbana), tornando-se uma fonte útil para relacionar o fator de renda e etnia com a possibilidade de transição através de hormônios e/ou cirurgia. Segundo os relatórios de 2017, a população negra recebe menos da metade (R\$ 508,90) que a população branca (R\$ 1.097,00), o que dobra a dificuldade à aquisição de testosterona injetável, retirada das mamas ou cirurgia de redesignação sexual.

A popularização da pílula anticoncepcional no Brasil, nos anos 80, trouxe a possibilidade de adquirir hormônios artificiais com frequência, preço acessível e sem burocracia, onde mulheres trans e travestis podem usufruir para, assim, produzirem mudanças no próprio corpo (LEITE JR, 2011). Embora seja perigoso o uso da automedicação, este comportamento foi a estratégia encontrada por essas pessoas de poder viver seu gênero.

Diferentemente do estrógeno e da progesterona, o hormônio testosterona não é encontrado com facilidade e baixo preço em farmácias. Além disso, é preciso ter uma receita médica para realizar a compra. Devido à discriminação transfóbica em espaços de saúde (MÜLLER, 2007), alguns homens trans optam pela compra de “receitas frias”, mas esse quadro tem mudado com as políticas públicas de aceitação às pessoas transexuais e travestis, como a criação de ambulatórios específicos para o acolhimento de pessoas trans que procuram tratamento hormonal ou cirurgias através do Sistema Público de Saúde (SUS).

O Pará é o primeiro estado do Norte do Brasil a possuir um Ambulatório de Transgêneros, localizado no Hospital Jean Bittar, que começou seus atendimentos em 2017. Vários entrevistados frequentam ou já frequentaram o ambulatório e elogiam o atendimento realizado pelos profissionais do local, que são assistentes sociais, psicólogos, endocrinologistas, cirurgiões, entre outros (PIMENTEL et

al., 2018). A iniciativa é defendida pela coordenadora do ambulatório, a endocrinologista Flávia Cunha, que defende a importância do projeto na manutenção da saúde e da vida de pessoas trans, as quais possuem preocupantes índices de quadros depressivos (TOOMEY et al., 2018).

A endocrinologista detalha o procedimento de hormonioterapia, começando pelo acolhimento psicológico dos pacientes, em que são realizadas sessões de terapia para melhorar a sua saúde mental, diminuindo quadros de ansiedade e depressão e, também, para “diagnosticar a disforia de gênero”. Depois disso que é realizada a hormonização e, apenas depois de dois anos da hormonização, é que são permitidas as cirurgias, no caso dos homens trans, de mastectomia masculinizadora e/ou de redesignação sexual.

Caso a pessoa opte pela saúde privada para realizar a cirurgia de redesignação sexual, será necessário arcar com, em média, 45 mil reais, além dos gastos com acompanhamento psiquiátrico de dois anos e possíveis complicações médicas. A cirurgia mais barata e mais comum é a de mastectomia masculinizadora, que gira em torno dos 8 mil reais, mas sem contar o custeio de permanência no hospital no pós-cirúrgico, um colete que ajuda na cicatrização e retirada de fluidos, antibióticos, curativos, possíveis complicações médicas, tudo isso podendo elevar o preço para acima de 15 mil reais⁶.

Inclusive, quem não depende do Sistema Único de Saúde e que possui capacidade econômica de comprar frequentemente hormônios passa pela dificuldade de encontrar injeções de testosterona em farmácias. Daniel, um dos entrevistados, comenta sobre ir em mais de 26 farmácias, por Belém e por Ananindeua, à procura do medicamento, sendo comum ficar sem testosterona injetável por não ter onde comprar, ou, quando está disponível no estoque, pelos valores pessoais dos atendentes:

Uma vez eu já cheguei a sair de casa de manhã e voltei às 9h30 da noite. Eu tinha ido em 26 farmácias (...) e não tinha, lugar nenhum (...) e tem o problema de rejeitar a receita, acontece bastante isso. A pessoa (atendente da farmácia) não quer atender, ela vê do que é e pra que é e ela não quer atender, aí a gente não tem como pegar (...) aí tem essa convicção do atendente, que a gente fica sem porque ele não quer vender.

As dificuldades aqui apresentadas ajudam a desmistificar concepções a respeito da relação das pessoas trans com hormônios, pois ao contrário do que o senso comum afirma, o processo de hormonização não é tão comum entre pessoas trans (TUSSI, 2006), pois boa parcela não consegue se hormonizar devido a fatores de renda, oferta do mercado e/ou falta de políticas públicas sobre saúde trans.

Berenice Bento (2006) aborda a trajetória da construção de discursos patologizantes em torno de sujeitos desviantes de normas sociais em torno de corporalidade e sexualidade, sendo as pessoas trans e travestis entendidas enquanto uma máxima desse “desvio”. No início do século XX, acontece o crescimento do discurso cientificista em torno de corpos e comportamentos ligados, fortemente às concepções conservadoras moralistas do período. Assim, as pessoas que procuravam viver um gênero diferente do designado ao nascer começam a ser entendidas enquanto “doentes” que precisam voltar exercer seu “gênero de nascimento”: na metade do século XX, com o endocrinologista Henry Benjamim, que entende que a pessoa não está doente, mas “precisa” de cirurgias para acabar com

⁶ Valores monetários segundo homens trans que realizaram os procedimentos e abordam *online* o processo de determinada cirurgia (Lucca Najjar, Paulo Vaz e Christian Silva, famosos por abordar temas transmasculinos, relacionando com a sua própria vivência).

uma “disforia de gênero; e, hoje em dia, embora ainda exista o discursos patologizantes e essencialistas em torno das comunidades trans em espaços institucionais, cresce a presença de discursos militantes de organizações como a Stop Trans Pathologization, que repercutem nos meios de comunicação a respeito de como pessoas trans e travestis não precisam de cura, mas de direitos assegurados (BENTO, 2012).

Outra concepção perigosa é a de que pessoas trans são forçadas a se hormônizar pela ideologia de gênero (MISKOLCI, 2017), ou “seduzidas pelo patriarcado a performar masculinidade” (RAYMOND, 1979), ou por pura estética. Com o levantamento de dados, realização de entrevistas e bibliografia do assunto, entende-se que a hormonização é principalmente ligada à saúde mental do homem trans, que vê na testosterona não a cura para todos os problemas, mas uma ferramenta útil para validar seu gênero, ser mais aceito pela sociedade e na esfera particular, diminuir certas frustrações, fatores que consequentemente contribuem para enriquecer a saúde mental do indivíduo, diminuindo a preocupante taxa de suicídio na comunidade transmasculina (TOOMEY et al., 2018).

Identidades furtivas

Na sua mais recente autobiografia, João W. Nery escreve um capítulo chamado “Encontro das cobaias” sobre uma reunião com três amigos que são homens transexuais e que estão na terceira idade, exceções entre as pessoas trans. Esse relato é persistente para a análise por adicionar marcadores de idade e época para o debate.

Chamados de “cobaias” devido ao fato de todos terem realizado a mastectomia masculinizadora e a retirada do útero na última década do século XX, assim como João, escondidos das autoridades, pagando ou convencendo um amigo médico a realizar a cirurgia ainda em fase de testes na época. E sobre os documentos de identidade, todos precisaram ser adquiridos de forma ilegal, pois o Estado negava-se a mudar o nome e o gênero de Nery e amigos.

Diferentemente de João e seus amigos, os entrevistados para essa pesquisa estão na faixa etária de 18 a 28 anos e, devido ao fruto da militância de outras pessoas trans e aliados, o nome escolhido pelo sujeito ganha legalidade e já podem realizar cirurgias específicas sem precisar ser escondido, necessitando apenas de um laudo médico arbitrário para quem realizará a cirurgia, ou seja, o laudo só é solicitado se o médico ou médica acreditar ser necessário.

Os senhores amigos de Nery comentam que a transexualidade não os impediu de exercer a paternidade, pois todos são pais há décadas de filhos adotivos, com o filho ou a filha sabendo ou não. Mas a questão da adoção não é o único segredo, é unanimidade entre os amigos a permanência da transexualidade “no armário”⁷ por terem medo ou não verem necessidade de assumirem-se para os filhos. Na roda de conversa, Nery era o único assumido para todos seus conhecidos, incluindo o filho.

Entre os cinco homens trans entrevistados, todos são assumidos a respeito do seu gênero, transexualidade e sexualidade e eles encaram ser assumido como uma necessidade para uma autoaceitação e, também, por agregar um valor político em se assumir e lutar por direitos trans. Porém, o fato de todos eles serem assumidos não pode ser encarado como regra, seria mais apropriado encarar como exceção, pois para os próprios entrevistados se assumir foi um processo

⁷ Gíria que se refere a pessoas da comunidade LGBT que não assumiram a sua sexualidade ou identidade de gênero, seja entre certos grupos pessoais ou publicamente.

complicado na esfera pessoal e familiar, que se tornou possível apenas pelo apoio da família e/ou de amigos, mas que, infelizmente, é raro de existir para a maioria da população transexual e travesti.

Por não entrevistar nenhum homem trans não assumido, perguntei para os participantes sobre homens e garotos trans que não se assumem, pelo menos para a maior parte das pessoas do seu âmbito social e, ainda, os motivos pelos quais eles acham que isso acontece. Os relatos apontam para diferentes motivos, mas que se conectam: o medo de perder laços familiares e de amizade, do desemprego, de não validarem seu gênero, entre outras razões.

A pesquisa aponta para a existência de indivíduos transmasculinos que utilizam o ganho de características físicas como barba, voz grave e ausência de seios como uma maneira de “abaixar a bandeira trans” ou preservar sua saúde mental e assumir uma identidade que nega a transexualidade, como se o indivíduo sempre fosse um homem cisgênero.

Nas mulheres trans e travestis, os hormônios utilizados podem prevenir ou diminuir características tidas como masculinas, como o crescimento de pelos e voz grave. Porém, mudanças como a estrutura do maxilar e o pomo de adão são reversíveis apenas com cirurgias, em geral, caras e dolorosas. O ganho de características masculinas pelos homens trans, comparada a das mulheres trans e travestis, é mais rápida e podem ser obtidas apenas com hormônios e o uso de *bin-der*, que é uma peça de roupa que prensa os seios para dar uma aparência de torso reto (ALMEIDA, 2012).

A maior facilidade de adquirir a “passabilidade cis”, ou então de ser lido como homem cisgênero que o homem trans possui, é um dos motivos para o baixo registro de fontes a respeito de sua existência. As fontes mais comuns sobre mulheres trans e travestis eram em notícias que mostravam mortes por transfobia (EIGA e GUZZO, 2016). Essas notícias negativas podem ser interpretadas como motivos para não se assumir, pois, por que correr riscos? Por que virar estatística?

Mesmo sendo um homem transexual assumido, o ativista americano Jackson Bird consegue entender os motivos para muitos de seus colegas de comunidade ainda esconderem a sua faceta transexual, seja para a família, família dos parceiros, colegas de classe, no trabalho e assim por diante. Isso porque a própria invisibilidade social que homens trans possuem, onde até possíveis agressores não sabem nem da existência dessa categoria de homem, é usada como defesa por esses homens trans.

Mulheres trans e travestis possuem uma certa visibilidade construída ao longo das décadas. Elas estão desde os anos 70 em shows, em jornais, na televisão, em livros e filmes (OLIVEIRA, 1997). Porém, essa visibilidade atrai a visão de pessoas conservadoras e violentas que repudiam a existência de pessoas não-cis. Por que a mídia representa mais mulheres trans e travestis do que homens trans? Segundo a bióloga e ativista Julia Serano (2016), homens trans são despercebidos ou ignorados pela mídia devido a esta ser incapaz de sensacionalizar homens trans do mesmo jeito que faz com mulheres trans sem questionar o que seria masculinidade, mas, também, devido aos leitores entenderem o porquê de alguém querer adquirir privilégio masculino (homens trans), mas não compreenderem motivos para abrir mão do tratamento enquanto homens (mulheres trans).

O termo “*stealth*” significa, em português, “furtividade”, no sentido de estar disfarçado, e serve para se referir a pessoas trans que vivem o seu gênero, mas sem assumir ser trans, “disfarçados” de cisgênero. Geralmente, após adquirir ca-

racterísticas masculinas suficientes para “passar como cis”, os homens trans “furtivos” escolhem esse modo de viver para evitar opressões transfóbicas micro e macro ou, até mesmo, por ainda não se aceitarem como transexuais. Jackson Bird comenta:

Não posso completamente culpar homens trans que querem ser totalmente ‘*stealth*’, quero dizer, eu sinto esse desejo em mim muito frequentemente. Porque nós vimos o que a visibilidade fez com mulheres trans: elas são contaminadas por estereótipos ridículos e violência. Homicídios transfóbicos só crescem, e a maioria das vítimas são mulheres trans de minoria étnica. (BIRD, 2019, tradução nossa)

Embora o termo seja recente, criado por jovens trans de língua inglesa, a furtividade acontece há décadas e em outros países, como é o caso dos amigos idosos que João W. Nery comenta em seu livro, como também é o caso de Lourival Bezerra, um homem que escondeu por 50 anos ter sido designado mulher ao nascer, negando o gênero feminino, ao qual não pertence, sendo “retirado do armário” apenas ao morrer, quando especialistas analisaram o corpo.

Infelizmente, as notícias que cobriram o caso, em maioria, desrespeitam a identidade do senhor de idade, apresentando-o como “uma mulher que viveu como homem e foi só descoberta ao morrer”. No entanto, graças às reclamações de familiares e pessoas trans a respeito da justiça e imprensa terem ignorado o gênero masculino do falecido, um juiz determinou que o senhor Lourival Bezerra deve ser enterrado com identidade masculina⁸.

Arte trans: em busca da própria representatividade

Como falado anteriormente, começa a crescer o número de homens trans que negam a furtividade, que querem ser vistos. Uma das maneiras de atingir olhares é a arte. Movimentos sociais utilizam historicamente a arte como expressão de suas vivências a fim de conscientizar, chamar atenção para problemas sociais, arrecadar dinheiro para doações, entre outros intuitos (MESQUITA, 2008). Com a maior democratização da arte (BENJAMIN, 2013), comunidades apagadas, inclusive entre minorias, que é o caso das pessoas trans, conseguem participar da produção artística e utilizá-la como resistência.

Mas por que falar de “arte trans”? Torna-se relevante uma vez que a utilização de imagens que retratam pessoas e vivências trans são presentes nos vídeos sobre transexualidade, nos *posts* de militantes, nas placas em marchas LGBTs, em tatuagens, nos ensaios fotográficos, nas campanhas de conscientização, nas camisas de coletivos.

Um dos entrevistados, Rodolfo, 23 anos, negro, baixa renda, morador de periferia belenense, acadêmico, através de suas produções artísticas procura contemplar personagens e temáticas das comunidades trans e travesti. É perceptível o papel que o corpo desempenha na sua arte, onde a nudez serve para demonstrar que se trata de uma pessoa trans, a exemplo, quando pinta uma pessoa de aparência masculina com cicatrizes abaixo do peitoral, indicando a mastectomia, realizada por alguns homens trans.

Além dos trabalhos de Rodolfo, é extensa a lista de produções artísticas que representam pessoas trans com foco em seus corpos enquanto instrumento de arte (COSTA, 2013). Se a arte pode ser usada como ferramenta de comunicação,

⁸ Reportagem disponível em <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2019/02/05/idosa-que-vivia-como-homem-usou-documento-falso-para-registrar-filhos-e-so-sera-enterrada-com-fim-do-misterio.html>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

as mensagens dos artistas parecem seguir uma frequência militante, onde os artistas procuram conscientizar a população cisgênero; dar visibilidade para parcelas da comunidade trans que são apagadas; alertar sobre demandas de direito; denunciar casos de violência transfóbica, entre outras mensagens.

Semelhante à transexualidade, a arte é plural. Logo, cada forma de expressão artística possui diferenças em relação a outra. Seu público muda as mensagens que procura transmitir, seus personagens, emoções causadas. Por isso, torna-se relevante separar como a fotografia, o cinema e a ilustração representam homens transexuais.

Em relação à fotografia, os trabalhos giram em torno da normalização da nudez de corpos trans, sendo comum um certo erotismo, justificado pelo intuito de demonstrar que homens trans existem e, também, expor a beleza transmasculina. Por ser ligada, historicamente, a um senso de verdade, de demonstração da realidade, mesmo que em recortes, torna-se útil no que propõe sobre expor para o público realidades e belezas trans de forma direta, mas ainda com seu viés artístico, aqui exposto:



Figura 1 – Modelo Alex C. fotografado por James Mickenzie em seu projeto “Naked Sunday”. **Fonte:** Mickenzie, James (2016)⁹.

⁹ Disponível em: <https://nlucon.com/2016/09/16/18-homem-trans-alex-c-arranca-suspiros-ao-aparecer-todo-lindo-e-nu-em-ensaio/>. Acesso em: 22/05/2019.

Em termos de ilustração, neste termo englobando pinturas e desenhos, a sua expressão artística é mais fantasiosa, podendo não representar corpos trans, mas outros elementos culturais que indiquem se tratar de transmasculinidade. Outro elemento comum é a existência de frases desenhadas na obra, geralmente com enunciados a respeito de demandas políticas ou conselhos para outros homens trans, a exemplo:



Figura 2 – “Si no es interseccional, no es mi lucha”. Fonte: Página do Facebook “Transmasculinos”¹⁰.

Abordar a relação dos homens trans com a arte surge devido a frequência com que ilustrações, pinturas e fotografias aparecem nas buscas por material de pesquisa, mas também devido ao fato de os entrevistados postarem regularmente em suas redes sociais tais trabalhos artísticos, assim como fazem páginas e contas de coletivos transmasculinos que se dedicam a postar coisas relevantes à comunidade, o que inclui os trabalhos comentados neste tópico.

A nudez nas artes trans possui um papel muito relevante, justamente um dos motivos para ser tão usada, que é a capacidade de poder informar para alguém que a pessoa retratada é trans sem precisar de elementos textuais. Como falado anteriormente, mudanças corporais não são o fator determinante para a transexualidade, a transmissão da mensagem neste caso se dá através de detalhes ligados a comunidade trans como o uso de *binder*, marcas de cicatrizes abaixo do peitoral, pessoa de barba e que possui vulva, entre outros.

¹⁰ Disponível em: <https://www.facebook.com/Transmasculinos/photos/a.1477672982338139/201349744542354/?type=3&theater>. Acesso em: 22/05/2019.

Considerações finais

Após o levantamento de fontes físicas, digitais e entrevistas pessoais, é possível concluir que, ao longo das décadas, a comunidade transmasculina adquiriu um crescente número de locais de sociabilidades e resistências, onde garotos e homens trans conseguem utilizar espaços *on-line*, tais quais o Youtube, ou físicos, como reunião de coletivos para se organizar e se informar sobre assuntos pertinentes à sua comunidade, que os ajudam na sua trajetória pessoal ou política.

A cobertura de jornais a respeito da transmasculinidade, em “passos de tartaruga”, foi tornando-se mais inclusiva e menos sensacionalista, embora a manchete “mulher que virou homem” ainda esteja presente em algumas matérias. Na década atual, é notável que as reportagens procuram dar voz a ativistas trans para falar sobre transexualidade e não apenas estudiosos cisgêneros.

Seja pela maior divulgação de que ser homem trans é um caminho possível, seja pela organização política dos homens trans, cresce o número de homens trans que vivem abertamente a sua transmasculinidade, lutando em movimentos sociais por medidas públicas e conscientização da sociedade sobre direitos e demandas transmasculinas. Por consequência, cresce a produção de fontes a respeito da transmasculinidade, devido a certos homens transexuais assumidos produzirem e disponibilizarem fontes como os relatos *on-line*, livros autobiográficos, artigos e obras de arte.

Inclusive, entre os homens trans “furtivos” houve mudanças, pois antigamente, devido às dificuldades em conseguir hormônios, era mais difícil adquirir as características masculinas necessárias para esconder sua identidade trans. Contudo, com as políticas públicas sobre saúde trans, que possibilitam a transição por hormônios pela rede pública de saúde, isso acaba por possibilitar o ganho de características masculinas, consequentemente, mais homens trans podem optar pela furtividade.

Portanto, em termos de aceitação e representatividade de homens trans e em pessoas trans como um todo, ainda é preciso passar por um longo e intenso processo de políticas públicas, protestos e participação da população cisgênero aliada à causa. No entanto, são notáveis os avanços benéficos para a representação e inclusão transmasculinas nos dias de hoje, em comparação com o século passado. Existe o crescente número de trabalhos que denunciam e demonstram as violências transfóbicas da nossa sociedade, porém, criar uma historiografia através da dor, exclusão e passividade pode ajudar, indiretamente, a criar um imaginário de pessoas trans que são apenas vítimas (LOPES, 2017). Dito isto, um dos intuitos do presente trabalho foi demonstrar como homens trans podem ser sujeitos ativos, políticos e dotados de estratégias sociais capazes de burlar um sistema transfóbico que tenta silenciar sua comunidade.

Recebido em 21 de junho de 2019.

Aprovado em 29 de novembro de 2019.

Referências

- ALMEIDA, Guilherme. “Homens trans”: novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estudos Feministas*, 20 (2): 513-523, 2012.
- ÁVILA, Simone. *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo*. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- ARAÚJO, George Zeidan. Ler, pesquisar e escrever história em tempos de internet: desafios e possibilidades. *Tempo e Argumento*, 6 (12): 151-164, 2014.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BENTO, Berenice.; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos feministas*, 20 (2): 569-581, 2012.
- BENJAMIN, W. “A obra de arte na época de sua reprodutibilidade técnica”. In: ADORNO, T. et al. *Teoria da cultura de massa*. São Paulo: Paz e Terra, 2000. pp. 221-254.
- BUTLER, Judith. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York and London: Routledge, 2011.
- CARVALHO, Bruno Leal Pastor. Faça aqui o seu login: os historiadores, os computadores as redes sociais online. *Revista História Hoje*, 3 (5): 165-188, 2014.
- CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transsexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21 (41): 77-111, 2001.
- COSTA, Iracy Rúbia Vaz da. *Holofotes sobre carnes: transhomens nas artes*. Dissertação (Mestrado em Artes), Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Arte, 2013.
- DAVANÇO, Ricardo Augusto Santana et al. *Qualidade de vida e autoestima no tratamento cirúrgico da ginecomastia*. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Plástica Reparadora), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2004.
- DE ALMEIDA, Fábio Chang. O historiador e as fontes digitais: uma visão acerca da internet como fonte primária para pesquisas históricas. *AEDOS*, 3 (8): 9-30, 2011.
- EIGA, Ana Maria; GUZZO, Morgani. “Trans-historizar” o espaço público dentro e fora da academia: Desafios para a historiografia e para o feminismo? *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, 23 (35): 182-209, 2016.
- GASPODINI, Icaro Bonamigo et al. Masculinidades em diálogo: Produção de sentido a partir de marcadores sociais da diferença. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25 (1): 17-25, 2017.
- JESUS, Jaqueline Gomes de. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Goiânia: Ser-Tão/UFG, 2012.

LEITE JR, Jorge. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo: Annablume, 2011.

LOPES, Fábio Henrique. “Escritas de si e artes de viver transgênero: as insubordinações de uma escrita trans?” In: ALÓS, Anselmo Peres (org.). *Poéticas da Masculinidade em Ruínas: amor em tempos de Aids*. Santa Maria: UFSM/PPGL. pp. 127-149, 2017.

MACHADO, Paula Sandrine. Intersexualidade e o “Consenso de Chicago”. As vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23 (68): 109-124, 2008.

MESQUITA, André Luiz. *Insurgências poéticas: arte ativista e ação coletiva (1990-2000)*. Dissertação (Mestrado em História Social), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2008.

MISKOLCI, Richard; CAMPANA, Maximiliano. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 32 (3): 725-747, 2017.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’! *Cadernos Ebape.br*, 6 (2): 1-14, 2008.

NAPHY, William. *Born to be Gay: História da Homossexualidade*. Lisboa: Edições 70, 2006.

NASCIMENTO, Júlio Ferro Silva da Cunha. Violência, militância e protagonismo: a trajetória da historiografia brasileira na produção de textos trans. *Canoa do Tempo*, 10 (1): 52-66, 2018.

NERY, João W. *Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois*. São Paulo: Leya, 2011.

PIMENTEL, Adelma do Socorro Gonçalves; DE CASTRO, Ewerton Helder Bentes; MIRANDA, Davi Miranda. Compreensão fenomenológica existencial da identidade de homens trans. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8 (2): 228-239, 2018.

OLIVEIRA, Marcelo José. *O Lugar do Travesti em Desterro*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

TUSSI, Fernanda Pivato. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. *Horizontes Antropológicos*, 12 (26): 323-327, 2006.

TOOMEY, Russell B.; SYVERTSEN, Amy K.; SHRAMKO, Maura. Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, 142 (4): 1-8, 2018.

RAYMOND, Janice G.; NEVILLE, J. *The transsexual empire: The making of the she-male*. Boston: Beacon Press, 1979.

ROHDEN, Fabíola. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, 17 (35): 161-196, 2011.

SERANO, Julia. *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scape-goating of femininity*. Berkeley: Seal Press, 2016.

Outras fontes

BIRD, Jackson. *Where Are All The Trans Guys? // Trans male visibility*. 2019. (14min09s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=bFOWGD-KXR1I&t=508s>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

CAMINHO DA ESTANTE. *Jornal do Commercio*. Rio de Janeiro, ed 197, p. 4. 3 junho 1985.

CONESUL NEWS. *Mulher vive como homem por quase 50 anos, e identidade só é descoberta após morte*. 2019. Disponível em: <<http://www.conesul-news.com.br/regiao/mulher-vive-como-homem-por-quase-50-anos-e-identidade-so-e-descoberta/216394/>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Joana ou João*. São Paulo, p. 37. 27 abril 1985.

G1 PARÁ. *Hospital paraense oferece primeiro atendimento hospitalar para transgêneros do Norte*. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/hospital-paraense-cria-1-ambulatorio-de-transgeneros-do-norte.ghtml>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO; PNUD. *Desenvolvimento Humano para além das médias*. 2017. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/20170530_PNUD_ParaAlemDasMedias_alta.pdf>. Acesso em: 27/03/2019.

JORNAL DO BRASIL. *Destino sem fatalidade*. Rio de Janeiro, ed. 206. 31 outubro de 1988.

JORNAL DO BRASIL. *Livro Polêmico*. Rio de Janeiro, ed. 29, p. A3, 28 fevereiro 1985.

JORNAL DO BRASIL. *Nas livrarias, sexo, dietas e “best-sellers”*. Rio de Janeiro, ed. 266, caderno b7. 31 dezembro 1834.

JORNAL DO COMMERCIO. *Nas livrarias*. Rio de Janeiro, ed 140, p. 16. 25 março 1985.

MARLUN, Paulo. *João, o homem que nasceu Joana*. Folha de São Paulo. 2 Abril. 1985. p. 27.

MARTINELLI, Andréa. *Juiz determina que Lourival Bezerra seja enterrado com identidade masculina*. 2019. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/entry/lourival-justica-enterro-ho-mem_br_5c89667ce4b038892f4a0424>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

NAJAR, LUCCA. Canal de Lucca Najar. Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UC33ODj_jViL2YEKPM7yFoIw>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

O ESTADO DE MATO GROSSO. *Programa de domingo*. Mato Grosso, p. 6. 3 de março, 1985.

REZENDE, Gabriela. *Idosa que vivia como homem usou documento falso para registrar filhos e só será enterrada com 'fim do mistério'*. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2019/02/05/idosa-que>>

[vivia-como-homem-usou-documento-falso-para-registrar-filhos-e-so-sera-enterrada-com-fim-do-misterio.ghtml](#)>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

ÚLTIMO SEGUNDO. *Enigma sobre identidade de mulher que viveu como homem por 50 anos causa impasse*. 2019. Disponível em: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2019-02-08/mulher-viveu-como-homem-por-50-anos.html>>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2019.

Regimes de visibilidade/conhecimento nas experiências da “(des)montagem” e do “(não) passar” por homem e/ou mulher¹

Tiago Duque²

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Resumo: O objetivo desse texto é refletir sobre as experiências da “montagem” e “desmontagem” dos corpos e do “passar por” ou não “passar por” homem e/ou mulher entre lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais. Utiliza-se nesta análise as (os) autoras/es oriundas (os) da teoria feminista e do pensamento de foucaultiano, muitos (as) da linha teórica *queer* e outras (os) pós-estruturalistas. Do ponto de vista metodológico, os dados são oriundos de pesquisa *online* e *offline*, envolvendo etnografia e entrevistas, não com foco nos sujeitos em si, mas nos regimes de visibilidade/conhecimento que os envolvem. Conclui-se, entre outras coisas, que parte das experiências analisadas almejam e conquistam, em diferentes contextos, reconhecimento enquanto, no máximo, diferentes, mas nunca como não normais, ainda que, em certa medida, possam recusar corajosamente parte das expectativas de muitas normas e convenções sociais.

Palavras chaves: identidade; corpo; gênero; sexualidade.

¹ Texto inédito. Sua primeira versão foi selecionada através da Chamada Pública feita pela Prefeitura Municipal de Niterói, por meio da Secretaria de Cultura e da Fundação de Arte de Niterói (FAN), para a publicação do livro/coletânea intitulado “I ENAC LGBT, Vol. 1”, Edital 01/2015. Até a data dessa publicação o livro/coletânea não foi lançado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

² Professor na Faculdade de Ciências Humanas (FACH), curso de Bacharelado em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Pós-Doutorando em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Regimes of visibility/knowledge in the experiences of “(des)montage” and “(não) passar por” man and/or woman

Abstract: The purpose of this text is to reflect on the experiences of “montage” and “desmontagem” bodies and “passar por” (passing) or not “passar por” men and/or women of lesbian, gay, bisexual, transvestite and transsexual. In this analysis, the authors are drawn from feminist and foucaultian thinking, many from the queer theoretical line, and other poststructuralists. From the methodological point of view, the data come from online and offline research, involving ethnography and interviews, not focusing on the subjects themselves, but on the regimes of visibility/knowledge that involves them. It is concluded, among other things, that part of the analyzed experiences aim and achieve, in different contexts, recognition while at most different, but never as not normal, although to a certain extent they can courageously refuse part of the expectations of many social norms and conventions.

Keywords: identity; body; genre; sexuality.

Regímenes de visibilidad/conocimiento en las experiencias del “(des)montagem” y del “(não) passar por” hombre y/o mujer

Resumen: El objetivo de este texto es reflexionar sobre las experiencias del “montagem” y “desmontagem” de los cuerpos y del “passar por” o no “passar por” hombre y/o mujer de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales. Se utiliza en este análisis las/los autoras/es oriundas (os) de la teoría feminista y del pensamiento foucaultiano, muchos (as) de la línea teórica queer, y otras (os) post-estructuralistas. Desde el punto de vista metodológico, los datos son oriundos de investigación *online* y *offline*, involucrando etnografía y entrevistas, no con foco en los sujetos en sí, sino en el régimen de visibilidad/conocimiento que los envuelven. Se concluye, entre otras cosas, que parte de las experiencias analizadas anhela y conquista, en diferentes contextos, reconocimiento como, a lo sumo, diferentes, pero nunca como no normales, aunque, en cierta medida, puedan rechazar validamente parte de las expectativas de muchas normas y convenciones sociales.

Palabras claves: identidad; cuerpo; género; sexualidad.

Refletir sobre cultura levando em consideração as experiências de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na contemporaneidade brasileira é um grande desafio teórico e político. Do ponto de vista teórico, temos um leque de perspectivas e escolas, mesmo se focarmos apenas na área das Ciências Sociais, que é o caso deste texto. Em termos políticos, além das implicações práticas que as teorias utilizadas na interpretação dessas experiências podem gerar na arena de atuação desses sujeitos, há também a influência que a arena política tem produzido junto às reflexões mais abstratas sobre o tema, especialmente por sua dinamicidade e transformações histórico-culturais.

Parto do reconhecimento dessas transformações, da própria dinâmica da vivência cultural dessas múltiplas identidades, dos seus movimentos desafiadores não somente à interpretação científica, como também à urgente intervenção político-social diante da realidade de, em grande medida, discriminação e violência. Os dados de campo aqui reunidos de forma inédita são frutos de duas pesquisas: a do mestrado em Sociologia, defendido na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e do doutorado em Ciências Sociais, defendido na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). As versões destes estudos em formato de livro, respectivamente, são *Montagens e Desmontagens: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes* (DUQUE, 2011) e *Gêneros Incríveis: um estudo sócio-antropológico sobre as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher* (idem, 2017). Ambas foram desenvolvidas na cidade de Campinas (SP).

Utilizo nesta análise as (os) autoras/es oriundas (os) da teoria feminista e do pensamento de Foucault, muitos (as) da linha teórica *queer*, e outras (os) pós-estruturalistas. O *queer* é uma categoria local estadunidense que pode significar excêntrico, esquisito, diferente; bem como o perverso sexual, marginal, estigmatizado ou anormal. Antes de ser usado como uma categoria teórica, o *queer* foi empregado nos contextos do movimento social estadunidense voltado contra as propostas das organizações e do movimento gay que buscavam garantir direitos civis moralizantes e assimilacionistas à cultura hegemônica heterossexual (MISKOLCI, 2011).

Teoricamente, as (os) autoras/es *queers* alteram o foco de uma exclusiva preocupação com a limitada noção de uma possível “opressão” e “libertação” dos sujeitos sociais para a análise das práticas institucionais, da produção dos conhecimentos sobre a sexualidade e do modo como eles organizam a vida social, isto é, o foco teórico-metodológico não é para a noção de opressão das diferenças (numa interpretação estrutural de poder), mas para como elas são geradas, reiteradas, disciplinadas, controladas e também para como escapam e se apresentam de formas disparatadas nas distintas relações de desigualdade.

O objetivo é refletir sobre as experiências da “montagem” e “desmontagem” dos corpos e do “passar por” ou não “passar por” homem e/ou mulher. Para isso, do ponto de vista metodológico, este estudo envolve entrevistas e etnografia (*offline* e *online*), ainda que os registros do trabalho de campo não apareçam em destaque neste artigo. Afinal,

é dado que existe uma porosidade das relações *on-off*; a internet fala da vida off e se estrutura com base na dinâmica da vida fora da rede, e a vida off fala da internet com a mesma ou maior intensidade. (FACIOLI, 2013: 74)

Essas experiências de “montagem” e “desmontagem” dos corpos e do “passar por” ou não “passar por” homem e/ou mulher, observadas e analisadas teórica e metodologicamente, envolvem múltiplas identidades, como as de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ao me referir às experiências, coloco-me “contra a ideia de um ‘sujeito da experiência’ já plenamente constituído a quem as ‘experiências acontecem’, a experiência é o lugar da formação do sujeito” (BRAH, 2006: 360). Com isso, a forma como é problematizada e visibilizada a diversidade identitária das (os) interlocutoras (es), neste texto, procura deixar claro que não se trata de um estudo de identidades, mas dessas experiências e do ordenamento sociocultural do qual elas são fruto e ao mesmo tempo (re) produzem. Dito de outro modo, inspirado pelos estudos de Sedgwick (1998), não foco nos sujeitos em si, mas nos regimes de visibilidade/conhecimento que os envolvem.

Esta autora norte-americana atentou-se às experiências de homens gays nos EUA do início do século XX, especialmente na questão do “(não) sair do armário”. Segundo ela, o “armário” é a maneira como a ordem sexual – desde, ao menos, o final do século XIX – se constitui, dividindo a todos dentro do binário hétero-homo, de forma a garantir a manutenção do espaço público como sinônimo de heterossexualidade pela restrição da homossexualidade ao privado. É, portanto, um regime histórico de visibilidade, mas também de conhecimento, como a própria autora se referiu na primeira linha do seu livro *A epistemologia do armário* (SEDGWICK, 1998). A percepção de que visibilidade e conhecimento estão juntos na crítica que ela faz sobre o “armário” é fundamental para também compreendê-lo como uma construção teórico-analítica-metodológica, o que me interessa aqui ao pensar na “(des)montagem” e no “(não) passar por”.

Nesse sentido, são três pontos inspiradores do seu estudo:

1. não apostar na real possibilidade de separação entre gênero e sexualidade de tal modo que se possa, de fato, construir uma experiência não generificada de sexualidade, ou vice-versa. Afinal, a própria autora, ao demarcar a distinção analítica entre gênero e sexualidade, afirmou que gênero e sexualidade são tão intrincados que cada um deles só pode se expressar em termos do outro, ainda que seja útil mantê-los analiticamente diferenciados;
2. colocar sob rasura o “armário” no sentido em que ele aparece em seus usos êmicos. Isso ocorre, por exemplo, quando ela afirma que o assumir-se não acaba com a relação de ninguém com o “armário”, porque essa revelação envolve também a percepção identitária de quem ouve a revelação, isto é, o “armário” do outro;
3. a questão não é localizar-se, binariamente, em um dentro ou fora, porque esses lugares não existem enquanto realidades possíveis; porque mesmo para os (as) mais “assumidos (as)” sempre haverá uma situação que o (a) “levará para dentro” e os (as) que confiam estar guardando bem o segredo, vira e mexe, encontram-se sob suspeita.

Estes pontos não teriam validade nesta reflexão sem que fosse reconhecido que, culturalmente, no contexto estadunidense e também brasileiro, estamos vivendo um momento em que esse regime de visibilidade/conhecimento, chamado de “armário gay”, apesar de ainda persistente no binário hétero-homo, isto é, na hegemonia heterossexual, já não é mais o mesmo. Mudanças culturais significa-

tivas ocorreram e, por causa disso, não podemos mais afirmar que ele seja necessariamente heterossexista, mas, sim, heteronormativo. Nas palavras de Miskolci (2012: 45):

Da exclusão e da invisibilidade do modelo que via nas relações entre pessoas do mesmo sexo uma doença mental e/ou um crime passíveis de prisão ou internamento passamos para o disciplinamento e a normalização que regem a visibilidade do modelo epidemiológico. Se, no primeiro, as forças eram predominantemente repressivas, coercitivas e externas, no segundo, elas são de disciplinamento, controle e internas. Não mais a ameaça do juiz ou do médico, mas a necessidade reconhecida individualmente do autocontrole e do autoajustamento, em um processo histórico em que quanto mais visíveis, mais as homossexualidades foram normalizadas a partir do modelo heterossexual reprodutivo. Esse novo regime de visibilidade não é exatamente heterossexista, tampouco serve mais à manutenção da heterossexualidade compulsória, mas permite a manutenção do binário hetero-homo por meio da heteronormatividade, a consolidação da hegemonia heterossexual.

Assim, é preciso interpretar a “(des)montagem” e o “(não) passar por” homem e/ou mulher nesta perspectiva sócio-histórico-cultural, para, então, identificarmos características de um regime de visibilidade/conhecimento em atuação nos nossos dias. A aposta é que, caracterizando esse regime nesta perspectiva metodológica, política e teórica, compreenderemos melhor a experiência cultural de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Além disso, teremos mais elementos para pensar novas possíveis intervenções junto a essa população em diferentes contextos, ainda que, como já informado, os dados sejam restritos às experiências vividas apenas na cidade de Campinas.

“Montando” e “desmontando”, “passando por” e não “passando por”

“Montagem” refere-se ao ato de vestir-se com roupas de mulher. Benedetti (2005), ao estudar travestis, classificou a “montagem” como um processo de manipulação e construção de uma apresentação que seja suficientemente convincente, sob o ponto de vista delas, de sua qualidade feminina. No caso desse grupo, o convencimento é garantido, também, através de outras ações que podem compor a “montagem” em um sentido mais amplo, como os hormônios femininos adotados por elas desde o final da década de 1960 (GREEN, 2000) e a técnica de aplicação do silicone líquido que, apesar dos avanços no campo das cirurgias estéticas, continua sendo comum entre travestis devido ao alto custo dos procedimentos cirúrgicos oficialmente legalizados e sob os cuidados dos (as) profissionais autorizados (as). Muitas travestis, inclusive, ao definirem-se, baseiam-se nessa experiência. Dizem elas: “Ser travesti é estar ‘montada’ vinte e quatro horas por dia”. Transexuais, por sua vez, ao se referirem à construção de seus corpos e performances femininas, nem sempre se identificam com o uso do termo “montagem”. Muitas acabam se definindo pela recusa a ele, por não se verem “montadas como mulher”, mas como “mulheres”.

Este termo não se restringe apenas à caracterização de identidades travestis e transexuais, por meio dele é possível compreender outras experiências, como a de *drag queen*. Segundo Vencato (2003), o que diferencia as *drags* de travestis e transexuais, por exemplo,

são aspectos como temporalidade, corporalidade e teatralidade. Temporalidade porque a drag tem um tempo “montada”, outro “desmontada” e, ainda, aquele em que “se monta”. Diferentes das travestis e transexuais as mudanças no corpo são feitas, de modo geral, com truques e maquiagem. A corporalidade drag é marcada pela teatralidade, perspectiva que é importante para compreender estes sujeitos. (idem: 196)

No entanto, esta diferenciação aparece cada vez mais fluida e dinâmica, seja na temporalidade, corporalidade ou na teatralidade. Ainda assim, na “montagem” realizada por parte de travestis e, especialmente, de transexuais, há uma busca de naturalidade que comumente a *drag* não tem (SILVA, 1993; BENEDETTI, 2005, BENTO, 2006; KULICK, 2008; PELÚCIO, 2009; DUQUE, 2011; TEIXEIRA, 2013; DUQUE, 2017). Esta busca por naturalidade foi percebida desde os primeiros estudos sobre travestis (isto é, que envolviam a “montagem”) no Brasil. Segundo Silva (1993), todo o esforço delas é em busca de um “passar por” mulher: “Seus êxitos e motivo de orgulho estão contidos em tal possibilidade” (idem: 129).

O “passar por” mulher está diretamente ligado às experiências da “montagem”. Por isso, como citado acima em relação à recusa ao termo “montagem” por algumas transexuais, o mesmo acontece com o “passar por”. Afinal, para muitas transexuais, a construção do feminino não é uma questão de “passabilidade”, mas de “ser mulher”. Em outras situações, envolvendo mulheres masculinizadas (desviantes de gênero) em contextos estadunidenses, como aponta Halberstam (2008: 44), a noção de “passar por” é muito pouco útil.

Passar, tradicionalmente, pressupõe que existe um eu que se transforma em um outro eu diferente, e que o faz com êxito; em diversos momentos, este personagem construído pode ser coerente a algo semelhante a uma identidade. Nesse momento, a pessoa que passa por se *converteu em*. Mas, o que ocorre quando uma mulher biológica se apresenta a si mesma como *butch* [sapatão], passa por ser um homem em algumas circunstâncias e é vista como uma *butch* em outras, e não se considera a si mesma uma mulher, mas mantém uma distância em relação à categoria “homem”?³

Contudo, há experiências de “montagens” e, conseqüentemente, de “passar por” mulher buscadas e valorizadas no campo de pesquisa aqui em questão, especialmente junto a adolescentes e jovens efeminados, ou que se identificam como travestis. Para exemplificar essa realidade, envolvendo uma nova geração, proponho, a partir do conceito analítico *montagem estratégica*, pensarmos na construção e na desconstrução da feminilidade de quem “se monta” via uma manipulação da vergonha e do estigma para se conquistar, entre outras coisas, parceiros sexuais e transitar na escala de exposição à violência. Isso implica, no caso de algumas travestis mais jovens, em não mais “*estar de mulher vinte e quatro horas por dia*”.

Gabriela, branca, 17 anos, estudante de classe média baixa, por exemplo, que se interessa afetiva e sexualmente preferencialmente por homens, mas que diz às vezes “ficar com uma mulher”, *se desmonta* em alguns espaços de sociabilidade gays quando busca relacionamentos mais duradouros, porque, segundo ela: “A aparência conta. Do mesmo jeito que eu procuro um namorado gay, mas com jeito de homem, ele também vai querer um com jeito de ‘hominho’, não com jeito de menina”.

Vivian, morena, 18 anos, também estudante de classe média baixa, relata outra experiência. Ela, que somente se relaciona afetiva e sexualmente com homens, ia “montada” a boates tidas como “de héteros” porque “passava por” mulher. Ela contou que chamava tanta atenção que incomodou suas amigas mulheres, principalmente quando conseguiu beijar um “homem lindo” que a levou de moto para casa. Evidentemente que, caso se percebesse não passável, jamais iria “montada” a um espaço como esse, afinal, segundo suas próprias impressões, sofreria discriminações e violência por parte dos outros frequentadores.

³ Tradução livre feita pelo autor do artigo.

Fernanda, durante sua entrevista, comentou sobre essa realidade de reprovação envolvendo a “montagem” e a “passabilidade”. Ela tem 47 anos, é funcionária pública de classe média e, enquanto lésbica, não busca “passar por” homem, ainda que em campo tenha sido apontada como “passável”. Disse que sempre desejou cortar os cabelos muito curtos; quando, finalmente, tomou a decisão, foi depois de ter bebido com as amigas. Até o momento em que algumas pessoas elogiaram falando que tinha ficado muito legal, esteve sob tensão: “Porque você nunca sabe a reação das pessoas, porque podem tanto falar ‘ai, que legal’, quanto, ‘ai, que horror’, ‘que mau gosto’, ‘que coisa deplorável’, sei lá. É sempre uma expectativa”. Ela disse-me nunca ter se “montado” de homem, a não ser em momentos de diversão, como no caso de uma festa a fantasia. Ela admira quem tem a coragem de se *montar*, e contou-me a seguinte situação vivida em uma loja de aluguel de roupas para padrinhos e madrinhas de casamento:

Fernanda: - *Fui em uma loja de padrinhos e madrinhas e fui alugar uma roupa lá. Um fraque, um meio fraque, um negócio. E, normalmente, estas lojas são tudo de crentes, evangélicos, né? Daí eu expliquei pra ela: “olha, é uma festa, uma festa do contrário, os meninos vão de mulher e as mulheres vão vestidas de homem”. Então, eu fui lá e aluguei uma roupa de padrinho, assim, de casamento, para ir na festa.*

Pesquisador: - *Se você não tivesse falado, se você tivesse ido lá para alugar uma roupa, ponto. Se não tivesse a festa.*

Fernanda: - *Ah, eu não teria coragem. Eu não teria coragem [silêncio].*

Pesquisador: - *Vamos supor que fosse para a festa, mas que você fosse para a loja sem dizer que iria para a festa.*

Fernanda: - *Eu não iria conseguir. Eu teria que falar: “olha, não é isso o que você está pensando” [risos da entrevistada e do pesquisador]. Mas, com a calça na mão: “não é nada disso que você está pensando”. Eu não tenho essa coragem.*

[...]

Pesquisador: - *Você acha que o tratamento seria diferente se você não falasse que era para a festa?*

Fernanda: - *Ah, eu acho que sim. Sabe aquele clima de incômodo? Aquela coisa assim, desconforto para os lojistas? Porque é daquelas lojas que tem escrito assim “O senhor é o meu pastor, nada me faltará”. Nessa que eu fui.*

(Transcrição da entrevista feita em 23 de janeiro de 2012)

Por isso, a *montagem estratégica* extrapola os limites de uma escolha pessoal, de uma simples agência autodefinidora do sujeito, pois é feita em meio às exigências que a relações socioculturais lhe impõe. Nos termos de Ortner (2007), a agência tem a ver com a intencionalidade e com o fato de se perseguir projetos, sempre culturalmente definidos. E, também, de forma entrelaçada, com o poder, com o fato de agir em contextos de relações de desigualdade, de assimetria e de forças sociais.

A frequente pergunta “*lá pode ir ‘montada’?*”, feita muitas vezes por aqueles (as) que se “montam”, tem me possibilitado conceituar a montagem estratégica, considerando a “agência” nos termos anteriormente expostos, a partir das reflexões de Certeau (2000) sobre estratégia e tática. Estratégia, de um modo geral, é a ação racional que avalia custo benefício. Ela postula um lugar de poder como algo próprio, a ser a base de onde se podem gerir as relações, manipular a partir de uma exterioridade de alvos ou ameaças (idem), mas, como me referi anteriormente, isso é feito em meio às exigências que a relações socioculturais lhe impõe. Por isso, penso esse lugar como situacional, ligado a certo momento, dinâmico. Assim, o sujeito pode tomar ações estratégicas, mas também agir taticamente. A tática, nas reflexões deste autor, é plástica e fruto da astúcia, uma reação de resistência no local, não planejada. Segundo Certeau (2000: 100), diferentemente da estratégia, a tática é um conceito determinado pela ausência de um lugar próprio, de poder:

Então nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. A tática não tem por lugar senão o do outro. E por isso deve jogar com o terreno que lhe é imposto tal como o organiza a lei de uma força estranha.

Sendo assim, algumas travestis bastante jovens se *desmontam* para frequentar lugares de encontros gays em busca de namoros mais duradouros – afinal, meninos gays comumente não se interessam afetivo-sexualmente por travestis – enquanto investem na “montagem” para ir a lugares de frequência tida como “mais de hétero” para beijar meninos na boca pelo fato de, quando “montadas”, muitas “passarem por” mulheres. Por isso, segundo Demétrio (2018: 10), “a passabilidade pode ser, também, definida como um *modus operandi* social de (re) produção da cisheteronormatividade, como norma simbólica e política de gênero e sexualidade, hegemônicas na sociedade”.

As mais jovens também se “desmontam”, isto é, “fazem a linha” homem para ir à rua durante o dia e tentar não chamar a atenção, nem ser vítima de violência, como também relatado por Kulick (2008), em seus estudos com gerações anteriores. Esse “fazer a linha” é um “parecer ser”, e está diretamente ligado à noção de montagem estratégica porque, às vezes, é consciente, detalhadamente manipulado, estudado, treinado, exercitado e garante, por exemplo, a permanência junto à família como menino ou na frequência à escola. Em outros momentos, parece ser algo pouco racionalizado, planejado, quando, por exemplo, “montadas” sem a intenção de “passar por”, acabam sendo reconhecidas como mulher em alguma loja – neste caso aproveitam para “serem bem tratadas”.

Por exemplo, um dos maiores momentos de alegria para Rafaela foi quando entrou em uma loja de sapatos para comprar um presente para o pai. Ela tem 29 anos, é “morena de cabelos loiros”, se identifica como travesti, trabalha como auxiliar administrativa e também se prostituindo, pertencente a uma família de classe média baixa. Na ocasião, estava acompanhada da mãe. Segundo ela, foi lindo as duas lá, sendo atendidas como duas mulheres, “*tudo tão natural, até nos ofereciam sapatos femininos também*”. O problema foi quando teve que efetuar o pagamento com o cartão de crédito. Ela foi obrigada a mostrar o documento de identidade (RG) e sofrer com a recusa da compra em um primeiro momento até tudo ser compreendido pela atendente, que não iria vender para quem não era o proprietário do cartão.

A questão do reconhecimento e dos riscos diminuídos para possíveis situações de violência ou tratamento vexatório, via a conquista de “passar por”, também está presente no que me relatou Rafael, 29 anos, branco, funcionário público, que foi socializado em uma família de classe média e se declara “homem transexual hétero, em transformação ainda”. A “montagem” não é um termo usado entre homens transexuais, mas, o “passar por”, aparece com frequência nos discursos de Rafael e de outros “homens trans”. Almeida (2012), estudando esses homens, avalia que o “passar por” é buscado e valorizado por esse grupo devido ao desejo predominante de sumir na multidão, o “direito à indiferença”. “Essa invisibilidade adquirida com frequência a duras penas significa para a maior parte um agradável momento de trégua na estressante e contínua batalha por respeito à identidade/expressão de gênero” (idem: 519).

Segundo Rafael, ele só passou a ser entendido e reconhecido enquanto homem no ambiente do antigo trabalho depois que foi publicada uma reportagem sobre a sua transexualidade em um jornal diário bastante popular na cidade. Seus companheiros de trabalho passaram a aceitá-lo porque entenderam sua entrevista de forma equivocada, como se ele já tivesse feito a cirurgia de faloneoplastia, isto é, a constituição de um pênis.

Ele não corrigiu a interpretação errônea que tiveram da sua experiência porque, me disse, tudo mudou para melhor depois que passaram a reconhecê-lo como homem, inclusive as mulheres do trabalho passaram a demonstrar interesse afetivo-sexual para com ele. Durante o trabalho etnográfico, pude perceber que parte desses interesses também vinha dos seus conhecidos *gays*, ou de mulheres com quem pude conviver e ouvir depoimentos espontâneos do quanto ele estava ficando cada vez mais atraente.

A crença dos outros no seu corpo com pênis, seja para os homens, seja para as mulheres, lhe garantiu reconhecimento. A inteligibilidade cultural de ser homem com pênis é normativamente reiterada na sua experiência, conformando expectativas convencionais que, entre outras coisas, envolve, inclusive, tornar-se mais desejável. Assim, se as suas experiências, como outras discutidas aqui, denunciam a performatividade da própria heterossexualidade como culturalmente construída, nos faz entender o quanto estes processos de construção dos corpos são constitutivos deles mesmos. Isto é, “os corpos só surgem, só permanecem, só sobrevivem dentro das limitações produtivas de certos esquemas reguladores com alto grau de generalização” (BUTLER, 2008: 14).

Outro grupo que se “monta” e se “desmonta” são os homens praticantes de *crossdressing*. Parte destes homens pratica a “montagem” sob segredo, mantendo uma vida dupla entre estar ou não vestido de mulher. Por isso, como analisou Vencato (2013), eles também mantêm um flerte com as ideias de cálculo, desejo e risco, afinal, há um medo constante de perderem a “vida respeitável” construída enquanto “desmontado”. É por isso que o “passar por” mulher quando “montados” faz todo o sentido, especialmente quando estão “montados” em locais públicos.

Esse risco de se tornar alguém não respeitável está vinculado diretamente à possibilidade de ser vítima de violência, não por acaso há em campo o reconhecimento, por parte de certos (as) interlocutores (as), da necessidade de se ter coragem para engajar-se nesses processos de “montagem” e “passabilidade”. Dados de pesquisa corroboram essas percepções, afinal, indicam o espaço público como sendo o lugar onde a maior parte das “pessoas trans” sofre violências, além disso, esses dados apontam para os (as) autores (as) dessas violências como sendo pessoas desconhecidas das vítimas (FACCHINI, FRANÇA e VENTURI, 2007).

Mas também há experiências que buscam exatamente o contrário, isto é, revelar o processo da “montagem”, mesmo quando é tido (a) como “passável”, para conquistar status de reconhecimento e respeito. Em contextos de valorização das diferenças, por exemplo, alguns que se “montam” e poderiam “passar por”, anunciam o seu “verdadeiro sexo” para ser visto (a) como alguém corajoso (a) e diferente. Em vez de buscar “passar por” para não ser notado (a), denuncia-se a si mesmo como uma “montada” para ser admirada e não “passar por” alguém “igual a todo o mundo”. Isso ocorre no ambiente *offline* e *online*.

Morgana, 48 anos, que se declara “mulher transexual lésbica”, pertencente a uma família economicamente pobre, ficou sem emprego durante parte do trabalho de campo e, em outro momento, foi contratada como lavadeira de roupas em uma pequena empresa especializada nesse serviço. Ela aponta o Movimento Social LGBT como sendo o lugar em que menos se interessa em “passar por”. Não somente pelo fato de ela se autoidentificar politicamente como mulher transexual lésbica, mas principalmente pelo fato de ela ser “diferente das outras trans”, o que a deixa também com uma missão importante, “militar dentro do próprio movimento”. Morgana ganha diferenciada visibilidade política em contextos de mili-

tância pelo fato de ela fugir do estereótipo generalizado da transexual “princezinha”: devido a sua idade e características físicas, especialmente a calvície, a marca da barba e o corpo gordo. A “não passabilidade” de Morgana também chama a atenção de forma positiva em outros movimentos sociais, como a Marcha das Vadias e o Movimento Passe Livre, que estão questionando as relações entre poder, gênero, cor/raça e classe social.

As suas características físicas são entendidas por muitos interlocutores (as) em campo como sendo o que não permite que Morgana “passe por” mulher, mas, como ela mesma relatou, o “passar por” reflete o quanto ser homem e ser mulher, “no próprio conhecimento pequeno - preconceituoso das pessoas - é fluído, e elas não dão conta, realmente, do quanto”. Ela chama a atenção para a falta de consenso sobre quem “passa” e quem não “passa por”. Contou-me que em algumas situações “passa tranquilamente por” mulher. Como tem engordado e ganhado barriga, um exemplo em que passou por mulher foi quando estava em um ônibus público e uma mulher pediu para que o filho desse lugar para “a mulher que está grávida sentar”. A suposta gravidez, enquanto um sinal reconhecido como “natureza da mulher” é uma característica de feminilidade que ao olhar das pessoas suplanta os resquícios de masculinidades.

Nas redes sociais, como o Facebook, é comum algumas “passáveis” quando “montadas”, divulgar suas imagens enquanto masculinas, isto é, “desmontadas”. Mende se encaixa nessas experiências. Ela tem 21 anos e pertence à classe média. É magra, branca e se declara “*uma garota heterossexual*”. Ela é reconhecida no Facebook como alguém de coragem e sucesso porque se tornou, via a transformação corporal e do gênero, uma pessoa linda, “um modelo de beleza”, mesmo sem o uso de silicone ou outras cirurgias estéticas, apenas tomando hormônios femininos.

Já nos casos de travestis e transexuais que passaram por processos cirúrgicos, dificultando um vai e vem radical entre “estar de homem” e “estar de mulher”, elas divulgam nas redes sociais as suas fotos do tempo de criança ou adolescência, com elementos corporais e estéticos tidos como “de meninos”, para demonstrar o quanto foram corajosas, diferentes e capazes em construir uma imagem feminina de si. Os comentários de amigos, parentes ou até mesmo alguns desconhecidos, relativos a estas imagens no Facebook, são de incentivo e admiração.

No entanto, no caso de Lelé, as críticas negativas são mais presentes. Ele afirma ser gay, tem 46 anos, é negro, não se vê como másculo e esteve desempregado a maior parte da pesquisa. Os seus amigos já insistiram muito para que ele “virasse travesti”, por ser muito feminino e para que ele ficasse sempre “de mulher”, não somente nos shows. Ele, que é *drag queen*, nunca pensou em ser travesti. Disse que gosta do seu corpo como está, de ser homem, gay. Segundo dados de campo, ele “montado”, “não *passa por* mulher de jeito nenhum”, mas ele me contou que, sem ter a intenção, já foi confundido com mulher quando estava “montado” em uma “boate GLS”.

Tive a oportunidade de ver alguns shows de Lelé e uma marca é o riso do público, que é sempre garantido. Em um deles, ele apareceu com roupas justas e sobre elas outras peças menos apertadas ao corpo, como saia e uma blusinha feminina. Também usava uma espécie de capa, tudo colorido; além de plumas e uma peruca aparentemente mal fixada. Movia-se fora do ritmo e com alguns movimentos repetitivos dos braços, olhando fixamente para o público, com uma maquiagem pouco sofisticada no acabamento. Deixou cair parte do figurino após algumas tentativas de mantê-la presa ao corpo. Mesmo sendo diferente do esperado, para a maioria das pessoas, seus shows agradam muito. Perguntei se ele se

considera uma *drag caricata*. Vencato (2002) estudou *drag queens* na Ilha de Santa Catarina e, quanto ao estilo *caricata*, informou que em campo descobriu que o que se espera de uma caricata é que ela seja “ridícula”, “cômica”, “exagerada”, em oposição à estética da *top-drag*, que é “impecável” e “bela”. Ele me respondeu que não, diferenciando-se não pela imagem alegórica de uma caricata, mas pelo seu discurso:

porque o caricato é escrachado, com alguns palavrões [...]. Eu faço o meu deboche para a pessoa rir de mim, não vou debochar da pessoa. Então, eu acho assim, é mais um estilo humorístico, e não totalmente caricato, porque eu não faço aquele show agressivo. (Transcrição da entrevista realizada em 15 de fev. de 2012)

A experiência destes (as) interlocutores (as) corrobora aquilo que Hall (2000: 106) apontou em relação à identificação. Como todas as práticas de significação, ela está sujeita ao jogo da diferença/diferenciação/do diferenciado e opera por meio deles:

A identificação é, pois, um processo de articulação, uma saturação, uma sobreposição, e não uma subsunção. Há sempre “demasiado”, ou “muito pouco” – uma sobredeterminação ou uma falta, mas nunca um ajuste completo, uma totalidade. [...] Ela obedece à lógica do mais-que-um. E uma vez que, como num processo, a identificação opera por meio da *différance*, ela envolve um trabalho discursivo, o fechamento e a marcação de fronteiras simbólicas, a produção de efeitos de fronteiras. Para consolidar o processo, ela requer aquilo que é deixado de fora – o exterior que a constitui.

Estas fronteiras simbólicas ocorrem diante de contextos de interação no interior do jogo de modalidades específicas de poder, culturalmente definidas. Como afirmou o autor, é de onde emergem as identidades como produto da marcação da diferença. Por isso, identificar-se ou ser identificado, negar a identificação ou não ter a identificação reconhecida, via a “montagem” e o “passar por”, são parte do mesmo processo social em que tornam determinadas pessoas inteligíveis culturalmente (seus corpos e subjetividades), sejam elas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou não. Dito de outro modo, as especificidades deste grupo em detrimento de outros, o que poderíamos apontar como características culturais específicas, compõem o que identificamos como um típico regime de visibilidade/conhecimento contemporâneo, aquele que, via a “montagem” (ou a construção dos corpos), favorece o “passar por” homem e/ou mulher. Mas, não apenas isso. Favorece, inclusive, a compreensão, via esse regime, de parte de nossa cultura contemporânea (deles e da sociedade como um todo).

Sobre um novo regime de visibilidade/conhecimento: a título de conclusão

Esse regime de visibilidade/conhecimento que é caracterizado pelo “passar por” via a “montagem”, ainda que em meio a uma cultura que cada vez mais consolida um discurso de “respeito/valorização das diferenças”, mostra que os (as) participantes desta pesquisa, ou buscam reconhecimento, correspondendo às convenções e às normas sociais para se livrarem da violência sofrida por quem não “passa por” em determinadas interações, ou, dependendo do caso, via a não “passabilidade”, tentam alçar um status social que também os (as) faz ser reconhecidos (as), neste caso, como corajosos (as) e diferentes, contribuindo, assim, para que igualmente não sofram rechaços e discriminações diversas. Essas possibilidades, no entanto, não podem ser compreendidas de forma binária ou linear, isto é, em separado. Comumente, dependendo do contexto da interação, o (a)

mesmo (a) interlocutor (a) almeja e/ou atinge tanto uma quanto outra experiência de reconhecimento.

Assim, se antes o medo das consequências do “assumir-se” nos mostrava o quanto o “armário” (a opressão e a subjetivação que ele produz), enquanto um regime de visibilidade/conhecimento, era revelador da ordem sexual, logo, também de uma ordem social, hoje, em contextos culturais de valorização da diferença, o regime da “passabilidade” garante novas interpretações culturais, tanto daqueles (as) identificados (as) ou classificados (as) como lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, como daqueles (as) tidos como “os mais normais dos normais”.

A análise do novo regime de visibilidade/conhecimento discutido aqui permite observar exatamente aquelas experiências que almejam e conquistam, em diferentes contextos, reconhecimento enquanto, no máximo, diferentes, mas nunca como “não normais”, ainda que, em certa medida, possam recusar corajosamente parte das expectativas de muitas normas e convenções sociais. Talvez aí esteja uma característica cultural típica do grupo aqui estudado, em meio aos esforços de driblar normas socialmente construídas em relação ao que é e o que não é inteligível, isto é, reconhecível culturalmente, afirmar-se como diferente, mas nem tanto, pode ser uma saída em meio a possibilidades de rechaços, discriminações e violências. Dito de outro modo, aproximar-se dos normais, isto é, daqueles mais inteligíveis – ser identificado como um homem e uma mulher de “verdade”, em termos também de classe, raça/cor e idade mais privilegiados – é uma forma de se proteger, mas diferenciar-se dos normais e dos tidos com experiências mais coerentes com as convenções hegemônicas, inclusive alçando a categoria de corajosamente diferente, é outra forma de fazê-lo.

Politicamente, é preciso estar atento a esse novo regime, focado mais no “sexo” (“passabilidade”) e menos na “orientação sexual” (“armário”), que aloca necessidades e demandas em outro patamar, que não apenas aquele da visibilidade simplesmente, mas de processos de visibilidades e de se fazer conhecido, ou de dar-se a conhecer; processos esses totalmente imbricados em diferentes conhecimentos sobre o que vem a ser homem e mulher, “normal” ou “diferente”, em nossos dias.

Conclui-se afirmando que nesta reflexão não se buscou definir fronteiras culturais, ou um possível início e fim da experiência cultural ligada a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Antes, ainda que tudo isso tenha sido tangencialmente discutido e analisado, o que me parece, política e teoricamente importante, foi o quanto o “(des)montar-se” e o “(não) passar por” estão definidos e são definidores de processos identitários, logo, culturais, mais amplos que este grupo. A compreensão dessa dimensão da reflexão pode ter várias implicações políticas, sendo uma delas a necessidade de pensar a produção cultural desse grupo para além dele mesmo, valorizando, assim, suas próprias especificidades.

Recebido em 10 de outubro de 2019.

Aceito em 15 de fevereiro de 2020.

Referências

- ALMEIDA, Guilherme. “Homens trans’: Novos Matizes na aquarela das masculinidades?” *Revista Estudos Feministas*, 20 (2): 513-523, 2012.
- BENEDETTI, Marcos Renato. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 26: 329-376, 2006.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DEMÉTRIO, Fran. “Pele trans, máscara cis: eu tive que “cispassar por” para chegar até aqui”. In: DUQUE, Tiago. *Gêneros incríveis: um estudo sócio-antropológico sobre as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher*. Salvador: Ed. Devires, 2019.
- DUQUE, Tiago. *Montagens e Desmontagens: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes*. São Paulo: Annablume, 2011.
- DUQUE, Tiago. *Gêneros incríveis: um estudo sócio-antropológico sobre as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher*. Campo Grande: Ed. UFMS, 2017.
- FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins; VENTURI, Gustavo. *Sexualidade, cidadania e homofobia: pesquisa 10ª. Parada do Orgulho GLBT de São Paulo - 2006*. São Paulo: APOGLBTSP, 2007.
- FACIOLI, Lara Roberta Rodrigues. *Conectadas: uma análise de práticas de ajuda mútua feminina na era das mídias digitais*. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de São Carlos, 2013.
- GREEN, James N. *Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.
- HALBERSTAM, Jack. *Masculinidade Feminina*. Barcelona: EGALES Editorial, 2008.
- KULICK, Don. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- MISKOLCI, Richard. “Desejos em rede: notas sobre segredos e mentiras em relações mediadas digitalmente”. In: PELÚCIO, Larissa et al. (orgs). *Gênero, sexualidade e mídia: olhares plurais para o cotidiano*. Marília: Cultura Acadêmica Editora, 2012. pp. 35-55.
- MISKOLCI, Richard. “Não somos, queremos – reflexões queer sobre a política sexual brasileira contemporânea” In: COLLING, L. (org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: UFBA, 2011. pp. 37-56.
- ORTNER, Sherry. “Poder e Projetos: reflexões sobre a agência”. In: GROSSI, Miriam et al. (orgs.). *Conferências e Diálogos. Saberes e Práticas Antropológicas*. Brasília: ABA/ Nova Letra, 2007. pp. 45-80.
- PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e Desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2009.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de La Tempestad, 1998.

SILVA, Hélio R. S. *Travesti: a invenção do feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ISEER, 1993.

TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. *Dispositivo de dor: saberes-poderes que conforma as transexualidades*. São Paulo: Annablume, 2013.

VENCATO, Anna Paula. *Sapos e Princesas: prazer e segredo entre praticantes de crossdressing no Brasil*. São Paulo: Annablume, 2013.

VENCATO, Anna Paula. Confusões e estereótipos: o ocultamento de diferenças na ênfase de semelhanças entre transgêneros. *Cadernos AEL*, 18/19: 151-179, 2003.

VENCATO, Anna Paula. “*Fervendo com as drags*”: corporalidades e performances de drag queens em territórios gays na Ilha de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

Representações da pele na experiência do sexo *bareback* entre homens na cidade do Rio de Janeiro

Vladimir Bezerra¹
Fundação Oswaldo Cruz

Resumo: Este artigo, fragmento de uma pesquisa etnográfica realizada entre os anos de 2017 e 2018 na cidade do Rio de Janeiro que investigou grupos específicos de homens que se relacionam sexualmente com outros homens sem o uso do preservativo, tem por objetivo refletir sobre sentidos e valores conferidos por estes homens à pele, categoria que tem posição nuclear dentro da experiência do que chamam de “sexo sem capa”. Afinal, no contexto dos riscos que envolvem a prática do sexo “sem capa”, quais as representações da pele que emergem dos sujeitos que se lançam à experiência *bareback*?

Palavras-chave: sexo *bareback*; sexualidade; corpo; etnografia; psicologia.

¹ Psicólogo clínico, psicanalista e doutorando em Saúde Coletiva (ênfase em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente) pelo Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ). Especialista em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos (ENSP/ Fiocruz - RJ) e mestre em Ciências Sociais (PUC-RJ). Pesquisador associado ao Grupo DADÁ - Grupo de Pesquisa em Relações de Gênero, Sexualidade e Saúde da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE - UAST)

Representations of the skin in the *bareback* sex experience between men in Rio de Janeiro

Abstract: This article, a fragment of an ethnographic research carried out between the years 2017 and 2018 in the city of Rio de Janeiro that investigated specific groups of men who engage sex with other men without the use of condoms, has the intention to reflect on the meanings and values conferred by these men to the skin, a category that have a nuclear position within the experience of what they call *bareback* sex. After all, in the context of the risks involved in *barebacking*, what are the representations of the skin in the *bareback* experience according to these men?

Keywords: *bareback* sex; sexuality; body; ethnography; psychology.

Representaciones de la piel en la experiencia del sexo *bareback* entre hombres en la ciudad de Rio de Janeiro

Resumen: Este artículo, un fragmento de una investigación etnográfica realizada entre 2017 y 2018 en la ciudad de Rio de Janeiro que investigó grupos específicos de hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres sin el uso de condones, tiene como objetivo reflexionar sobre los significados y valores conferidos por estos hombres a la piel, categoría que tiene posición nuclear dentro de la experiencia de lo que llaman “sexo a pelo” u sexo *bareback*. En el contexto de los riesgos que implican la práctica del sexo “bare”, ¿cuáles son las representaciones de la piel que surgen de los sujetos que se lanzan a la experiencia “a pelo”?

Palabras clave: sexo a pelo; sexualidade; cuerpo; etnografía; psicología

Este artigo, oriundo de uma pesquisa realizada² entre os anos de 2017 e 2018, na cidade do Rio de Janeiro, em meio a grupos específicos de homens que se relacionam sexualmente com outros homens, praticantes exclusivamente do sexo sem preservativo, tem por objetivo problematizar e refletir sobre alguns sentidos e valores que os praticantes de *bareback* conferem à pele no contexto da experiência do que chamam de sexo “sem capa”.

O conjunto de dados que proporcionam as reflexões aqui contidas é oriundo de um trabalho mais amplo de pesquisa desenvolvido a partir de uma metodologia qualitativa. Para se pensar o sexo “sem capa” empreendeu-se: a) uma revisão bibliográfica de pesquisas sobre sexualidade e sexo *bareback*³ numa perspectiva interseccionalizada; b) análises de boletins epidemiológicos e comportamentais do Ministério da Saúde e organizações não governamentais (ONGs); c) uma incursão ao ambiente virtual (acompanhamento de fóruns de discussão e de comunidades de praticantes do sexo sem preservativo); e d) um trabalho etnográfico que privilegiou a observação participante em interações sexuais e/ou em conversas informais em diferentes contextos de homossocialização.

O trabalho inicial de revisão bibliográfica e análise de boletins de saúde revelou um dado inicial inquietante: a prática de sexo sem preservativo não é uma exclusividade de homens que se relacionam sexualmente com outros homens. Pesquisadores da área da saúde coletiva (MAKSUD et al., 2015; SILVA, 2009) consideram que o pleno reconhecimento do preservativo como método preventivo entre a população brasileira como um todo (BRASIL, 2011: 26)⁴ não incide sobre seu uso nas relações sexuais. Uma visita aos dados dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (2017a)⁵ sobre o vírus da imunodeficiência (HIV) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (BRASIL, 2017b) aponta para um aumento das taxas de novas infecções por HIV e sífilis adquiridas por contato sexual direto no país⁶. Especificamente sobre a sífilis adquirida por contato sexual, observou-se em 2016 um aumento de 26,8% em comparação com o ano de 2015. Entretanto, o boletim sobre sífilis informa que os homens das regiões sudeste e sul do país, na faixa etária entre 20 e 29 anos, estão entre os mais vulneráveis (BRASIL, 2017b: 11).

² Dissertação de mestrado intitulada *O sexo ‘na pele’: sentidos do corpo e da pele na experiência do sexo bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro*, defendida em março de 2019, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, sob orientação de Sônia Giacomini e coorientada por Roberto Da-Matta.

³ Estudos no campo da Antropologia e Psicologia.

⁴ Dados oriundos da *Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas na População Brasileira* (PCAP).

⁵ Dados ainda mais recentes estão disponíveis em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67064/boletim_ist_aids_2019_especial_versao_web.pdf?file=1&type=node&id=67064&force=1. Acesso em 02 dez. 2019.

⁶ Considerando os últimos 4 boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Para informações sobre a sífilis no Brasil, acessar <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em 4 mar 2018. Para outras informações sobre o vírus HIV no mundo, acessar o relatório do programa internacional Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), disponível em https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book. Acessos em 4 dez. 2019.

Antes de prosseguir, cabe salientar que, sobretudo no campo das ciências humanas e sociais, o termo “vulnerabilidade” tem sido colocado sob escrutínio uma vez que muitas vezes a expressão é empregada sem que sejam considerados os condicionantes sociais que incidem sobre ela. Dessa forma, este artigo alinha-se à proposta de Anahi Guedes de Mello (2016: 3274), que indica que a vulnerabilidade “deve ser compreendida como um indicador da desigualdade social que se expressa nos processos de exclusão de grupos sociais que têm sua capacidade de ação e reação reduzida em função da discriminação e opressão a que são submetidos”.

Partindo desse entendimento, o conjunto de dados epidemiológicos informa que não apenas existem diversos modos de transmissão de determinadas infecções sexualmente transmissíveis, mas também registra um fato inconteste: o sexo sem preservativo configura-se uma realidade⁷ entre a população brasileira (MAKSUD et al., 2015; SILVA, 2009).

Elegeu-se como ponto focal para estas notas uma das descobertas etnográficas da pesquisa: a preponderância do sentido tátil como produtor de subjetividades. Como pontuo em outro artigo⁸ (BEZERRA e GIACOMINI, 2019), na dimensão das experiências observadas, o corpo que ultrapassa a dimensão biológica, se inscreve no registro da “ordem simbólica” (MIJOLLA, 2005: 1732) e forma um alicerce que comporta a totalidade do campo de ação e de existência do homem (LACAN, 1966/1998).

Circunscrita nessa noção de corpo, a pele assume um *locus* central nas narrativas. Com isso, as costuras analíticas realizadas neste trabalho privilegiam um afastamento e questionamento do eixo *normal – patológico* (CANGUILHEM, 2009), privilegiando reflexões sobre a pele a partir de seus próprios elementos e daquilo que reverbera dela e para ela, antes, durante e após os encontros sexuais observados.

Os dados do próprio campo de pesquisa oferecem elementos capazes de evidenciar que a prática do sexo “sem capa” representa para seus praticantes muito menos um distúrbio (psicológico ou social) e mais um fenômeno social forjado no decorrer das últimas três décadas (BEZERRA, 2019), capaz de produzir subjetividades e instituir novas normas sobre os corpos na contemporaneidade. É desta outra perspectiva que se pretende pensar as representações sobre a pele na experiência do sexo *bareback* neste artigo.

A pesquisa realizada durante o mestrado desenvolveu-se a partir de um referencial teórico das ciências sociais, com especial influência de autores como Anthony Giddens e David Le Breton. Contudo, dada a relevância e a presença do assunto no campo da saúde, destacam-se autores que, como Ivia Maksud, Inês Dourado, Maria Elvira Díaz-Benítez, Richard Parker, Maria Luíza Heilborn, Jane Russo, Sergio Carrara, no interior do campo da Saúde Coletiva, privilegiam uma perspectiva analítica interdisciplinar e que congregam as ciências sociais e humanas.

Conforme indica Birman (1991), a multidisciplinaridade é a marca do campo da saúde coletiva, já que sua problemática demanda leituras distintas e permite a construção de diferentes objetos teóricos. Desta maneira, apoia-se na concepção aberta e multidisciplinar da antropologia, “ciência da diferença” (ROCHA, FRID,

⁷ Em entrevista à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o professor Richard Parker afirma: “É preciso assumir o fracasso da prevenção no Brasil”. Ver mais em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/e-preciso-assumir-o-fracasso-da-prevencao-no-brasil-afirma-richard-parker/>. Acesso em 13 ago. 2018.

⁸ Sobre o amplo espectro de representações do corpo na experiência do sexo sem preservativo entre homens ver mais em “O sexo ‘sem capa’: notas etnográficas sobre o corpo na experiência *bareback* entre homens” (BEZERRA e GIACOMINI, 2019).

2015: 14), que promove o exercício permanente de abordagens etnográficas, históricas e comparativas, além de amparar o trabalho clínico em psicologia. Partindo dessa ótica, empreendem-se pequenos diálogos entre a antropologia, a sociologia e a teoria psicanalítica, o que evidencia não apenas a multidisciplinaridade, mas a interdisciplinaridade do estudo, já que se trata de pensar a sexualidade, um tema que se não se encerra em um campo de conhecimento específico, tampouco está fechado em si mesmo.

Este artigo está dividido em duas partes; a primeira explicita sucintamente as principais motivações pessoais, as influências e a abordagem metodológica para o desenvolvimento da pesquisa num amplo espectro. A segunda parte busca empreender uma discussão multi/interdisciplinar – a partir das narrativas, diferentes cenários e dinâmicas observadas –, com foco sobre os sentidos e valores que os praticantes do sexo “sem capa” depositam sobre a pele.

Prática clínica, ressonâncias dos estudos de gênero e metodologia

A inclinação em realizar uma pesquisa sobre o sexo *bareback* está ligada a uma prática clínica em psicologia guiada em grande parte pela teoria psicanalítica, voltada para questões de orientação sexual, identidade de gênero e sexualidade entre adolescentes e jovens adultos nos âmbitos privado e público⁹. O cotidiano de atendimentos evidencia uma variedade de casos circunscritos na dimensão do comportamento sexual, mais especificamente casos em que a infecção pelo vírus da imunodeficiência (HIV) se torna o core do processo psicoterapêutico de alguns indivíduos: “curto direto na pele, é mais gostoso!”, diz o jovem de 23 anos, em processo de análise há seis meses. Desta maneira, este contexto estimula profissionais da saúde mental inseridos em serviços públicos ou privados a refletir criticamente sobre suas práticas, em busca de um fazer clínico que não apenas acompanhe as diversas transformações sociais no decorrer dos séculos, mas que apresente um discurso crítico sistemático sobre a cultura (BIRMAN, 1999, 2009).

No que se refere ao diálogo multi/interdisciplinar desta pesquisa, são os estudos de Sandra Azerêdo (1998, 2010) que influenciaram positivamente o viés da pesquisa. Em “Encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia”, ao citar James Clifford (“para teorizar, é preciso sair de casa”), a autora indica que teorizar sobre gênero é a possibilidade de “considerar os processos de subjetivação que nos constituem e também levar em conta o político (...), este tem sido um ponto cego nas teorizações em Psicologia” (AZERÊDO, 2010: 184-185). De um modo geral, para Azerêdo, o encontro da psicologia com os estudos de gênero, que tem como referência os estudos de Gayle Rubin e Judith Butler, tem produzido efeitos vantajosos e desafiantes ao se introduzir teorias que privilegiam a intensificação do diálogo interdisciplinar, na construção do conhecimento no campo do gênero e das sexualidades. Nesse sentido, os estudos de gênero têm auxiliado profissionais a repensar uma escuta clínica que se depara com fenômenos sociais contemporâneos, que expõem um “eu” que se localiza em posição privilegiada (BIRMAN, 1999; LASCH, 1983; DEBORD, 1997; FORTES et al., 2018) na contemporaneidade.

⁹ Publicações anteriores sobre o tema incluem os artigos “Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV” (BEZERRA, 2017) e “Bareback, Risco e Prazer na Perspectiva de Usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV: um estudo etnográfico” (BEZERRA e SILVA, 2019).

A abordagem metodológica: uma “pequena” nota importante sobre a etnografia

De modo geral, a maior parte das pesquisas sobre sexualidade no Brasil se baseia metodologicamente em questionários ou entrevistas formais, características, por exemplo, de pesquisas na área da saúde (BRAZ, 2012; DÍAZ-BENÍTEZ, 2007). Diferentemente das pesquisas antropológicas, pesquisas no campo da saúde são reguladas pela resolução número 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que instituiu uma série de orientações e normas para controlar pesquisas envolvendo seres humanos. Desde outubro do ano de 1996, pesquisas que envolvem seres humanos passam obrigatoriamente pelo crivo de comitês de ética em pesquisa às quais estes trabalhos estão vinculados antes de serem desenvolvidas efetivamente. Por outro lado, como pontua Cristina Dias da Silva (2005: 187),

grande parte dos termos da Resolução 196/96 versa sobre casos explicitamente referidos a pesquisas típicas da área biomédica. Considerando que os seres humanos estão presentes, mesmo que de outra forma, nos estudos de muitos pesquisadores da área de humanidades, com especial destaque para antropólogos, cujo trabalho de campo possibilita um contato face a face e constrói uma relação de interlocução com os pesquisados, é de se admirar que não haja nenhuma menção sobre qualquer especificidade ou ressalva para o tipo de trabalho realizado por esses profissionais.

Dado este rápido panorama, as reflexões aqui contidas priorizam o que Roberto DaMatta (1978, 2010) e Silva (2009) indicam ser a necessidade de um *travelling* a outros universos sociais, de modo a “possibilitar o encontro do eu com o outro, percebendo como são conectadas essas figuras do encontro” (AZERÊDO, 2010: 184).

Como bem pontuam DaMatta (2010, 1978), Geertz (2004) e Malinowski (1978), o enfoque etnográfico de pesquisa busca menos uma explicação e mais uma compreensão de inúmeras dinâmicas na formação das sociedades, além de captar seus códigos, normas, valores e modos de organização (BEZERRA, 2019). Logo, além da revisão bibliográfica e documental e da pesquisa em plataformas virtuais, priorizou-se o mergulho em um trabalho tipicamente etnográfico, que envolveu um trabalho de campo com observação direta, “acompanhante” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2007) de interações sexuais e de reuniões informais entre/e com homens praticantes de sexo *bareback*, em cenários relacionados (ou não) com a prática de sexo, onde os limites físicos e simbólicos entre o pesquisador e o campo eram constantemente deslocados.

Por fim, antes de avançar na discussão e como particularidade marcante do trabalho, vale ressaltar que, assim como nas pesquisas de Díaz-Benítez (2007) e Braz (2012), o trabalho de campo desta pesquisa revelou situações em que os próprios pesquisadores podem ser não apenas observadores, mas também objetos de negociações e situações onde seus lugares no campo são questionados e os limites entre pesquisador e campo estudado são constantemente deslocados.

Partindo deste rápido panorama, pergunta-se: o que representa a pele na experiência do sexo “sem capa”? Quais os sentidos e valores que praticantes masculinos exclusivamente do sexo *bareback* depositam sobre suas peles?

Observando a “foda sem capa”: uma perspectiva e uma discussão sobre a pele

Corpo da “foda”: pequena nota

Inicialmente evidencia-se nas narrativas a hegemonia de um corpo específico, que transborda a noção de biológico e se mostra um *locus* de intensidade, ampliando alguns entendimentos sobre a problemática da corporeidade na contemporaneidade (BEZERRA e GIACOMINI, 2019).

Tal compreensão remete ao movimento de Freud (1905, 1914) que, ao progressivamente afastar-se da racionalidade médico-psiquiátrica do final do século XIX, inaugura um espaço científico onde o corpo do sujeito pode ser pensado como, conforme pontuam Isabel Fortes, Monah Winograd e Simone Perelson (2018), o lugar de “dupla racionalidade” (FORTES et al., 2018: 282): o corpo representacional e corpo do transbordamento, desvelando-se um corpo erógeno ou pulsional.

Deixando de lado a ideia de uma pedagogia racional, unitária, homogênea e totalizante, Freud no decorrer de sua obra propõe pensar o corpo dentro das noções de temporalidade e espacialidade. Segundo aponta Sherrine Njaine Borges (1996), a partir de 1914, Freud indica um *eu* que se desdobra em uma imagem que não pode coincidir com o *eu* da inibição, do controle. Este “eu” desdobrado “destrona a razão, e sua pedagogia pretendente a protagonista (...), é libidinizado e, portanto, sujeito a incertezas, erros, desvarios, paixões absurdas” (BORGES, 1996: 36). Eis aí, portanto, um eixo do pensamento freudiano que fornece uma pista para pensar o corpo do sexo *bareback*, indicando um corpo que “não tem lugar fixo, seu destino é incerto, não pode ser previsto de antemão” e que, “no lugar da linearidade temporal, o processo educativo passa a ser pensado em ciclos, retornos, combinações, simultaneidades, e sobredeterminações” (BORGES, 1996: 36-37).

Saliento que a noção de dupla racionalidade parece se aplicar a estas reflexões à medida em que os corpos observados parecem se constituir “na interseção entre o psíquico e o somático, ou seja, no jogo complexo e multidimensional entre o material (o orgânico), o imaterial (o representacional) e uma espécie de mistura indiscernível entre os dois (o pulsional)” (FORTES et al., 2018: 279). Nessa perspectiva, as narrativas indicam que é possível compreender que os corpos na “foda” *bareback* operam como elementos fundamentais na produção de “verdades” que se transformam de acordo com o tempo e o espaço que estes corpos transitam (BEZERRA, 2019; BEZERRA e GIACOMINI, 2019).

Mais do que entendimentos herméticos, ou resolvidos, a análise de muitas narrativas sobre o sexo *bareback* levou a pesquisa a se deparar com um corpo consonante com os contextos de homossocialização visitados. Estes são lugares impermanentes, imprevisíveis, permeados pelo que os praticantes denominam “desejo” e inscritos no que Mary Jane Spink (2001) define como posituação da experiência do “risco” (SPINK, 2001; CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2010, LE BRETON, 2000, 2007, 2011, 2013, 2016), um risco “escolhido” (DOUGLAS e WILDAVSKY, 2012), aspectos que uma vez trazidos à tona desvelaram a pele como um elemento central no imaginário dos homens considerados para esta pesquisa.

O sexo “na pele”: uma experiência paradoxal

De um modo geral, a pele é um tema debatido por alguns pesquisadores da psicanálise, como Christian Dunker e Tatiana Assadi em uma série de artigos organizados na obra *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise* (RAMIREZ et al., 2011). A filosofia também se ocupa de reflexões – como nos escritos da pesquisadora Maria Cristina Franco Ferraz (2014: 62) que, em seu artigo “Estatuto paradoxal da pele e cultura contemporânea: da porosidade à pele-teflon”, aponta que

a pele que acreditamos fechar e “conter” nossos corpos é dotada de um estatuto paradoxal que se torna cada vez mais oportuno tematizar, no contexto da expansão e consolidação da cultura da imagem, do espetáculo, a performance bem-sucedida e dos modos de vida com ela compatíveis. De início, lembremos que a pele é meio de comunicação por excelência, verdadeira interface dentro/fora, membrana de trânsito e trocas com o que costumamos chamar de “meio ambiente”. Não se trata, portanto, de um mero “invólucro” ou “embalagem”.

Na antropologia, David Le Breton (2016, 2003) é um dos representantes do debate sobre o estatuto da pele através de pesquisas que a compreendem como um meio por onde os sujeitos estabelecem pontes entre suas subjetividades e o mundo exterior. Nas palavras de Le Breton (2016: 20), “matriz dos outros sentidos, a pele é uma vasta geografia nutritiva das sensorialidades diferentes, ela as engloba sob seu guarda-chuva, abrindo ao homem dimensões singulares do real que não saberíamos isolá-las umas das outras”.

Extratos do diário de campo

Já eram 19h quando cheguei na casa de M., no bairro do Rio Comprido. Ao abrir a porta, M., completamente nu e com um aparelho de barbear na mão, me convida a entrar em tom apressado, soltando a frase “Anda, vem!”, correndo em direção ao banheiro. Eu o acompanhei sem entender exatamente o que acontecia. Já no banheiro, M. apressadamente passava mais espuma de barbear no peito – “Já raspei as pernas, falta aqui [apontando para o peito] e meu cu”, me disse sorrindo. Eu ali, sentado em um banquinho no corredor, observava como cuidadosamente M. raspava cada pelo de seu corpo. “Lisinho, bem lisinho, pra sentir tudinho” (olhando pra mim, pro espelho e sorrindo), dizia M. que “(...) não tem sensação melhor, quando naquela pegação, naquela putaria, a gente sente a pele bater na pele, quando o cara esfrega o pau no meu peito, na minha cara, quando eu lambo, é diferente quando é direto, sem borracha, na pele é pra valer”.

Certa vez, disse B.: “Ontem comi um cara pra valer, a gente começou com a borracha no meio da pista de dança, ele chupava meu pau já na camisinha, um saco, beijava a boca dele e aquele gosto escroto de lubrificante, de coisa artificial, (...) lá pelas tantas eu arranquei aquela merda do pau, ele me olhou e só pela olhada eu entendi que ele queria, não tem jeito, na pele é mais real, é mais orgânico (...) menos artificial, é contato direto, se misturar com os caras de verdade”.

Se as contribuições de Le Breton são o ponto de partida deste subcapítulo, é importante sinalizar que alguns outros pesquisadores – como Lionel Tiger (2003) e Luiz Fernando Dias Duarte (1999) – também chamaram a atenção para a importância de se pensar os sentidos como recursos presentes no corpo, e aos quais indivíduos recorrem no trabalho incessante de significar suas existências, para além da dimensão biológica. Em seu livro *À la recherche des plaisirs*, Tiger, por exemplo, sinaliza que

os seres humanos são seres pensantes, estudiosos e possuem a capacidade de refletir. Contudo, eles também nadam em um mar de sensibilidade, sensualidade, observações internas e externas, julgamentos formados pela visão, olfato, tato, vibração, audição, sede, a noção de passar o tempo, temperatura e movimento, em uma rica variedade de fontes de informação que são utilizadas como guias para a ação. (2003: 283-4)

Dessa maneira, o conjunto de narrativas faz eco às reflexões de Le Breton (2016: 206) e sua antropologia dos sentidos, uma vez que o sentido tátil funciona, segundo o autor, como veículo primordial para o sujeito moderno em busca de sentido existencial: “a pele faz o sujeito”. Para Le Breton, a pele, além de delimitar as dimensões do indivíduo, traz em sua estrutura registros não só físicos, mas inconscientes. A pele “representa o ponto de partida, saturado de inconsciente e cultura”, que desvela a articulação entre o psiquismo e a constituição dos vínculos sociais, além de representar o *locus* de intercâmbio com o mundo, o sentido da proximidade e individualidade, uma espécie de “fronteira” (LE BRETON, 2016: 207) e, ainda, uma “superfície de projeção” (LE BRETON, 2016: 273) que comporta não apenas identificação pessoal, mas ritmos sociais.

Pensando sobre as contribuições de Le Breton e de autores como Dunker, Duarte e Tiger no decorrer do trabalho de campo, é possível refletir que o contato direto da pele de “um” com a pele do “outro” na visão antropológica (a ideia de fronteira) pode dialogar, em certo grau, com a perspectiva psicanalítica que propõe não somente a pele como uma lembrança da exterioridade das coisas, mas como um “litoral”. Inicialmente, a ideia de fronteira remete à noção de um ponto fixo, ou rígido – de controle de passagem bem definido – como nas fronteiras entre países, por exemplo. Entretanto, Le Breton aponta que a concepção de fronteira proposta na sua visão antropológica toma a ideia de um ponto que é incessantemente deslocado, promovendo no sujeito o sentimento de sua própria existência, concomitantemente em face do mundo e em alguns momentos misturando-se a ele (LE BRETON, 2016: 257-88).

Observando M. cuidadosamente se depilar, lembro de sua resposta quando perguntei por que a pele “lisinha” era melhor:

Ahhh vai, você é todo peludo, nunca se raspou? (...) quando é lisinho, é como se eu me impregnasse do cara, o pelo atrapalha, é uma barreira, é como se eu lisinho em algum momento eu me misturasse mais nele, e ele se misturasse mais em mim (...) é na pele que a gente sente, né?

Termos presentes nas narrativas como “se misturar” e “se impregnar”, entre outras expressões usuais como “tomar” ou “beber o leite” (ingestão do esperma) na prática do “brincar de capa” – quando alguns homens oferecem a outros homens o preservativo contendo sêmen de um ou mais homens –, além do termo “leitar dentro” – termo específico em referência ao ato de ejacular diretamente dentro do ânus do parceiro – denotam que a pele, além de ser considerada uma fronteira entre o eu e o outro, é considerada uma “zona de transgressão” borrada, meio pelo qual o isolamento do sujeito é rompido quando assim deseja.

Tal entendimento aproxima-se à ideia de Georges Bataille (1987: 88-101) de que a “atividade sexual é um momento de crise de isolamento”. Buscando ultrapassar criticamente a ênfase do autor em exemplos que tomam por base o que ele mesmo chama “realidade objetiva”, a partir das reflexões de Bataille sobre o que formaria, em certo grau, os sujeitos, penso que também seja possível relacionar o desejo de “misturar-se”, presente nas narrativas, ao que o autor indica como a consciência dos sujeitos sobre “o caráter descontínuo em relação à vida”. As falas evidenciam uma constante consciência de um corpo fadado ao fim, em constantes quadros de crises existenciais, ideia que se aproxima do que Le Breton postula ser uma “distância” (2016: 261) ou separação do outro e Bataille (1987: 12-3) indica ser o “abismo profundo” entre os indivíduos.

Nesse sentido, as palavras de Le Breton (2016: 262) indicam que

a sexualidade suprime a separação dos corpos no espaço, ela os une no abraço, na carícia, no beijo. A mistura dos corpos, que faz do tato o sentido essencial da sexualidade,

é uma tentativa de conjurar provisoriamente a separação pela apreensão do outro na mesma fruição.

Tal passagem faz relação direta com o que especificamente diz Bataille (1987: 92-96) sobre o erotismo e a noção de descontinuidade inerente ao indivíduo:

(...) da descontinuidade dos seres sexuais procede um mundo pesado, opaco, onde a separação individual tem por base a escuridão; a angústia da morte e da dor deram à parede dessa separação a solidez, a tristeza, a hostilidade de uma parede de prisão. (...) Particularmente na sexualidade, o sentimento dos outros, para além do sentimento de si, introduz entre dois ou mais seres uma continuidade possível, opondo-se à descontinuidade inicial. Os outros na sexualidade não deixam de oferecer uma possibilidade de continuidade, não param de ameaçar, de propor a colocação de um grampo nas vestes sem costura da descontinuidade individual. (...) Cada ser contribui para a negação que o outro faz de si mesmo, mas essa negação não chega de forma alguma ao reconhecimento do parceiro.

Nessa ótica, Dunker (2011: 101) auxilia o esforço de compreender a pele quando aponta que a “carne”, uma espécie de “separação entre o real, o simbólico e o imaginário”, designa na verdade não uma fronteira bem marcada, mas uma “zona de passagem (...) do visível ao invisível, o ponto de reversão ou de torção da própria visibilidade, e por extensão, de toda a sensibilidade”, que se contrapõe ao corpo biológico à medida que não é apenas dimensional, mas produtora de (inter) subjetividades¹⁰.

Assim, os termos “tomar uma leitada”, “impregnar” e “misturar” presentes nas falas indicam ressignificações quanto ao uso da pele através de práticas que priorizam a “incorporação” de partes de outros sujeitos. Braço, pênis, língua, dedo, consolos, tudo pode ser captado, englobado, absorvido momentaneamente pela “pele” de modo a apaziguar desejos.

Extrato do diário de campo

Diz M em uma conversa informal: “Lembro de uma vez, muitos anos atrás, mais de 10 anos atrás, uma manhã levantei com uma dor no peito enorme, uma agonia, eu estava querendo foder sem camisinha, mas com aquela neura na cabeça... ‘sem camisinha?, poxa sem camisinha, sem camisinha’; naquela mesma tarde, esse lugar que a gente conhece como RS, ali na Cinelândia, era ali do lado do Teatro Municipal, num subsolo. Cheguei meio atordoado, não sabia se ia trepar com ou sem camisinha, e teve uma hora que falei pra mim olhando num espelho: ‘foda-se!’; vai ser sem, e passei uma tarde e parte da noite ali, trepando sem camisinha com mais de 30 homens, nem lembro quantos, quem chegasse ali querendo me comer, eu dava, era o que eu queria. Terminei aquela loucura machucado, eu sangrava muito, estava todo sujo, os caras ao redor nem aí, mas senti uma calma muito grande também, uma paz inexplicável. Foi estranho, porque aquela dor no peito eu nunca mais tive. Acho que foi ali, naquele dia, que contrai HIV. Um tempo depois, descobri que era positivo, mas foi muito estranho, porque eu senti uma calma enorme também, um alívio mesmo. Eu estava livre da neura, daquela dor no peito que era todo dia, eu agora podia transar pra valer sem me preocupar se ia pegar isso ou aquilo. Quando eu aceitei que essa minha vontade é quem eu sou, que não consigo escapar dela só por querer apenas, eu passei a viver mais feliz comigo, tomo meus remédios, me cuido e tá tudo ótimo”.

Inicialmente chamo a atenção para o paradoxo que identifico na fala de M. e de tantos outros homens com quem convivi: a mesma pele que engloba e acolhe partes do outro, se dilacera, sangra e provoca alívio no sujeito. Sobre este aspecto, encontro nas reflexões de Ferraz (2014: 62) algumas orientações para pensar a pele. A autora aponta para uma perspectiva que concebe a pele como um “estatuto paradoxal”.

¹⁰ Adicionalmente, convoco Mary Douglas (2012: 14) para o debate para pensar que “algumas vezes, orifícios corporais parecem representar pontos de entrada e saída para unidades sociais, ou a perfeição corporal pode simbolizar uma teocracia ideal”, isto é, a pele no contexto do sexo “sem capa” alinha-se à noção de fronteira mais uma vez.

Influenciada pelos estudos do pesquisador português José Gil e numa curiosa discussão sobre corporeidade e sentido de continuidade entre os sujeitos no mundo contemporâneo, a autora introduz um exemplo curioso: o advento do material inorgânico *teflon*, nome comercial de um polímero acidentalmente descoberto em 1930 e registrado pela empresa americana DuPont, em 1946. Ferraz, ao lembrar as dificuldades para se fritar um ovo antes do *teflon*, aponta para o “embate épico” entre a resistência e viscosidade próprias ao orgânico e as propriedades inorgânicas sem atrito do *teflon* e realiza uma analogia a modos de vida na contemporaneidade que priorizam a hegemonia de corpos que chama de “carapaça” ou “fortaleza vazia” (2014: 66), “fechados em si – ou, como denomina, “corpos zumbi”.

Nessa visão, nos encontros em que estive presente, foi possível observar homens praticantes de sexo *bareback* que priorizam, antes de mais nada, o inverso da caracterização do corpo “carapaça” proposto por Ferraz, isto é, priorizam a pele e o “roça-roça”, a porosidade da pele como porta de entrada e comunicação com o mundo exterior, de modo a transformarem seus cotidianos em experiências prazerosas. Sobre a pele, diz a autora que

lembramos também que, se podemos ser tocados de modo indolor, tal se dá exatamente porque nossa pele possui essa textura paradoxal: a de uma superfície dotada de certa profundidade. Por isso também ela é sempre renovada, ao mesmo tempo viva “em profundidade” e “superficialmente” morta, nela se embaralhando a oposição nítida entre vida e morte. Como se sabe, a descamação ininterrupta e cotidiana de nossas peles, em certas condições climáticas tropicais, fornece alimento para gulosos pequenos seres como os ácaros, que vivem (e se reproduzem) em nossas camas enquanto dormimos em paz.

Retomando a discussão proposta por Alberti e Bataille sobre a descontinuidade radical constitutiva dos sujeitos e do que Lacan chama de “litoral”, relembro o trecho da conversa com M.:

Terminei aquela loucura machucado, eu sangrava muito, estava todo sujo, minha pele marcada, os caras ao redor nem aí, um pouco de cada um deles dentro de mim, assustador, mas senti uma calma muito grande também, uma paz inexplicável.

Ao pensar que a ausência do limite físico entre a pele e o objeto de desejo, mais especificamente a ausência de barreiras entre M. e seus objetos de desejo, é parte da constituição de quem ele é, é possível inferir que a busca pelo outro e a mistura é capaz de prover uma sensação de completude (ainda que fugaz), continuidade momentânea apaziguadora das tensões do cotidiano. Logo, pensando nas palavras de M., e nas diversas conversas com outros homens em mesas de bares antes e depois das reuniões das quais participei, é possível registrar que escutava aqui e ali frases como: “É bom demais, aquela sensação de alívio boa, nem dá pra explicar direito depois de uma foda pra valer”; “É hora de extravasar!” – o prazer experimentado a partir da transgressão de uma norma, da testagem de seus próprios limites.

A angústia da descontinuidade – inerente ao sujeito – afeto do qual não pode escapar¹¹ parece se tornar menor (ainda que momentaneamente) diante da possibilidade da experiência de continuidade na fusão com o outro. A “calma” que M. e muitos homens relatam após suas experiências, me leva a pensar que o sexo “na pele” apazigua, em certo grau, uma angústia cotidiana resultante de diferentes contextos nos quais estes homens estão inseridos. É na ação do atrito, na troca

¹¹ Sobre o afeto de angústia como algo inerente ao sujeito, ver mais em “Alice ou a última fuga: o afeto de angústia em cena” (BEZERRA, 2018).

direta dos fluidos, na transgressão à norma estabelecida que reprime – que a angústia parece se tornar menor. É na possibilidade da experiência, ainda que fugaz, da continuidade através da fusão “violenta” com o outro, que estes homens, em algum grau, encontram prazer.

Para Bataille, é justamente a *violência* (e aqui pode-se entendê-la como a “desordem” ou a aniquilação momentânea da angústia realizada pelos sujeitos) que poderia assim fazer vir à tona essa passagem de uma atitude interdita, tensa, restrita, fechada à assunção dos sujeitos da “fissura”, que se abrem a este elemento considerado pelo autor como a “mola do prazer” (1987: 98); atos aparentemente violentos (práticas sexuais extremas, abuso verbal, físico), tudo impulsiona o caminho em direção ao prazer que buscam.

Da mesma forma, também podem ser consideradas as formulações de Le Breton (2016) sobre a pele em sua antropologia dos sentidos, que indica, na contemporaneidade, a criação de “atalhos” pelos indivíduos na tentativa de apaziguarem e reorganizarem um caos interior particular (a tensão?), imprimindo sentido à sua própria existência ao obter a sensação de plenitude, ou completude provisoriamente alcançada. Nas palavras de Le Breton (2016: 207), a pele

é principalmente um limite de sentido e de desejo, religa e separa, organiza a relação com o mundo, é instância de regulação, um filtro ao mesmo tempo físico e somático. (...) é saturada de inconsciente e de cultura, ela desvela o psiquismo do sujeito, mas também a parte que ele assume no interior do vínculo social (...). O público e o privado juntam-se nela. A pele é o ponto de contato com o mundo, e com os outros. Ela sempre é uma matéria de sentido.

O conjunto de experiências observadas também faz eco às reflexões do pesquisador Luiz Fernando Dias Duarte (1999: 21-30), no artigo “O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna”, que ajudam a pensar a questão do sexo *bareback* no contexto da cultura ocidental, partindo da ideia que situa o sentido e o papel da sexualidade “num universo maior de significação” (DUARTE, 1999: 23; DUARTE et al.; 2018). O autor articula a própria ideia de sexualidade com os conceitos de sensualidade e sensibilidade e afirma que o termo, além de ter passado por processos de transformação ao longo do tempo, encontra-se em “uma série de desenvolvimentos do que Michel Foucault (1977) chamou de ‘dispositivo da sexualidade’” (DUARTE, 1999: 23). Neste ponto, Duarte chama a atenção para a valorização dos sentidos, que pode ser entendida como uma tendência dos sujeitos na busca da perfectibilidade – capacidade própria dos sujeitos ao aperfeiçoamento a partir do uso da razão, da preeminência da experiência – por meio dos sentidos e do fisicalismo – na busca de um prazer que ultrapassa o genital e se expande através da exploração da mente e do corpo.

Trazendo como referências os trabalhos de autores clássicos como Norbert Elias (1990) e Louis Dumont (1985), o autor observa que, entre os séculos XVII e XVIII, há a constituição, no Ocidente, do que chama de um “dispositivo de sensibilidade” (DUARTE, 1999: 24), que surge no mesmo momento histórico em que Foucault localiza o surgimento do dispositivo da sexualidade, a passagem da lógica do sangue para a da sexualidade, do dispositivo de aliança para o da sexualidade. Dessa maneira, é possível pensar que a valorização efetuada pelos homens praticantes de sexo *bareback* ao termo “foda pra valer”, dentro dos grupos observados, pode indicar que o universo das experiências de sexo sem preservativo pode ser entendido como um fenômeno inscrito nas dimensões não apenas da sexualidade, mas da sensualidade (já introduzida por Tiger) e, mais detidamente, da sensibilidade, no sentido proposto por Duarte.

A pele que se rompe, o sangue que escorre, a saliva, o suor e o sêmen trocados dinamicamente – fluidos oferecidos como dádivas – compõem a dimensão do sexo “na pele” e parecem apontar para o que Duarte (1999: 24-5) indica como a tendência dos sujeitos à “preeminência da experiência”:

(...) a razão humana só viceja através do contato dos sujeitos com o mundo propiciado pelos “sentidos”; ela depende da maneira pela qual eles percebem o mundo que os cerca, e é através desses sentidos que vão poder construir as suas novas formas de relação com o mundo e se tornar eventualmente cada vez mais aperfeiçoados, mais capazes, mais senhores de seu futuro.

Nessa perspectiva, os sentidos, em especial o olfativo e o tátil, assumem hegemonia e subvertem, em parte, a clássica ideia de que os fluxos corporais estariam ligados ao perigo e à “poluição” dos corpos. E por que em parte?

Em *Pureza e perigo*, Mary Douglas (2012: 14) indica que “ao examinarmos crenças de poluição descobrimos que os tipos de contatos tidos como perigosos também carregam uma carga simbólica”. Isto é, algumas “poluições”, segundo a autora, são utilizadas como analogias para expressar uma visão geral da ordem social. Contudo, ainda que clássicas delimitações entre os papéis e hierarquias nessas interações estivessem presentes (*ativo/passivo, bofe/bicha, preto/branco*)¹², o que parece imprescindível apontar aqui é que o cheiro de fezes no ambiente, a urina sobre os corpos, o forte odor de suor, o sangue na pele dilacerada e o sêmen ingerido – imagens sistematicamente vistas por mim (e que muitas vezes) causaram incômodo – funcionavam para estes homens como um “modelo de colaboração” e “absorção política” (DOUGLAS, 2012: 14). Isto é, a transgressão da norma do “sexo higiênico” ou a negação da ordem serviam não somente como mola propulsora de seus prazeres, mas de ferramenta para um enfrentamento político frente ao contexto social repressor do cotidiano. Sobre isso, diz Douglas (2012: 14) que, “algumas vezes, orifícios corporais parecem representar pontos de entrada e saída para unidades sociais”. “*Eu sou o dono do meu cu, Vladimir! É um tal de camisinha aqui, proteção dali.*”

Sob esta ótica, os dados da pesquisa informam que os sentidos se encontram tanto na raiz da razão como na da “imaginação” ou das “emoções” e “paixões” desses homens. Tal entendimento apoia-se nas pontuações de Duarte (1999: 25-9), que indica que a relação entre o dispositivo de sensibilidade e o dispositivo da sexualidade apresenta-se como um fenômeno complexo, uma vez que “o fato cognitivo da ‘experiência’ se reduplica em fato emocional”. Logo, pensar a sexualidade destes homens implica pensar que a pele ultrapassa, em diversos momentos, suas propriedades biológicas para articular-se com as dimensões moral, estética e psicológica das emoções sensíveis. O próprio Duarte brilhantemente coloca a questão: por que usar preservativo, se este recurso técnico pode ser considerado frequentemente como algo que limita o prazer?

Ao introduzir o questionamento sobre o uso do preservativo, Duarte (1999: 28) aponta que na contemporaneidade existe uma tensão entre os sujeitos no sentido de suas vivências: “trata-se da tensão entre a maximização da vida (através da totalidade da pessoa), que é um investimento no longo prazo e na duração, e a otimização do corpo (através da concentração de prazer), que é uma aposta no curto prazo e na intensidade”.

Tensão que a experiência do trabalho de campo revelou cotidianamente: “*Vladimir, porque diminuir meu prazer e ficar de pau mole a vida toda, se posso gozar de pau duro e ser mais feliz hoje? Viver é fazer contato, cara!*”

¹² Ver mais sobre a construção da identidade homossexual no Brasil em Fry (1982).

Considerações finais

A pele – dentro da experiência “sem capa” – parece viabilizar processos complexos de sexualidade, sensualidade e sensorialidade e se inscreve numa dimensão multidimensional, isto é, física, política e simbólica, que contribui para processos de identificação entre seus praticantes. A preponderância, nas falas, do termo “pra valer” e sua ligação direta com os termos “no pelo”, “pele” e “na pele” apontam para o fato de que o sexo *bareback* não permite “intermediários” (no caso, a borracha), uma vez que entre seus praticantes o sentido tátil funciona como veículo primordial em busca de sentido existencial, assim como na passagem “a pele faz o sujeito” (LE BRETON, 2016: 206).

De modo geral, as narrativas indicam que a pele, além de delimitar o lugar do indivíduo no mundo, traz em sua estrutura registros não apenas físicos oriundos da exterioridade (marcas, por exemplo), mas inconscientes (reminiscências) de suas vidas vividas, fato muito presente no trabalho clínico. As diversas ocasiões em que presenciei não apenas a preparação da pele (sua raspagem, ornamentação e hidratação), mas as potencialidades de seu uso durante o sexo sem preservativo (sua elasticidade, por exemplo), indicam que a pele é pensada pelos sujeitos como “o ponto de partida” ou “superfície de projeção” não apenas de processos subjetivos, mas de sua relação com a cultura – a pornografia *bareback*, por exemplo.

Nessa relação entre o psiquismo e a constituição dos vínculos sociais, a pele parece representar a zona de intercâmbio com o mundo, não somente no sentido da proximidade com o outro (e completude fugaz), mas o *locus* da individualidade, num processo paradoxal dinâmico que articula identificação pessoal (ou um processo psíquico particular) e ritmos sociais. A porosidade, a elasticidade e as terminações nervosas da pele funcionam não como um fim apenas, mas representam uma via criada, aperfeiçoada, testada para a obtenção do prazer e realização dos desejos, o que faz com que esses sujeitos priorizem o contato direto, sem a intermediação da “borracha”, anunciando a importância do que Duarte indica ser o “dispositivo da sensibilidade”.

Dada a amplitude das questões mencionadas, fica aqui registrado o desejo de que essas pequenas reflexões, que jamais poderiam esgotar a discussão, sirvam para animar a interlocução com diferentes pesquisadores do campo do gênero e da sexualidade, provocando outros questionamentos que resultem não somente em mais estudos, mas no desenvolvimento de práticas clínicas que busquem menos explicações e muito mais compreensões sobre as metamorfoses entre o social e o sexual nos sujeitos.

*Recebido em 31 de maio de 2019.
Aprovado em 10 de junho de 2019.*

Referências

- ALBERTI, Sonia. “Psicanálise e corpo em pesquisa”. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, Tatiana Carvalho; DUNKER, Christian Ingo Lenz (orgs.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011.
- AZERÊDO, Sandra. Gênero e a diferença que ele faz na pesquisa em psicologia. *Cadernos Pagu*, 11: 55-66, 1998.
- _____. Encrenca de gênero nas teorizações em psicologia. *Estudos Feministas*, 18 (1): 175-188, 2010.
- BATAILLE, Georges. *O Erotismo*. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- BEZERRA, Vladimir. Alice ou a última fuga: o afeto de angústia em cena. *Entheoria: Cadernos de Letras e Humanas*, 5 (1): 12-21, 2018.
- BEZERRA, Vladimir. *O sexo “na pele”: sentidos do corpo e da pele na experiência bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2019.
- BEZERRA, Vladimir; GIACOMINI, Sonia. “O sexo “sem capa”: notas etnográficas sobre o corpo na experiência bareback entre homens”. In: VILHENA NOVAES, Joana de; VILHENA, Junia de (orgs.). *O que pode um corpo? Diálogos interdisciplinares*. Curitiba: Appris, 2019.
- BEZERRA, Vladimir; SILVA, Vera Lúcia Marques da. “Bareback, Risco e Prazer na Perspectiva de Usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV: um estudo netnográfico”. In: OLIVEIRA, Thiago; MAIA, Helder Thiago (orgs.). *Práticas sexuais: itinerários, possibilidades & limites de pesquisa*. Salvador: Devires, 2019.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, 1 (1): 7-11, 1991.
- BIRMAN, Joel. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- BORGES, S. N. *Metamorfoses do corpo: uma pedagogia freudiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ano V, n.1 - 27^a a 53^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; ano V - n.1 - 1^a a 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Sífilis*. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. V. 48, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRAZ, Camilo. *À meia luz: uma etnografia em clubes de sexo masculinos*. Goiânia: UFG, 2012.

BUTLER, Judith. *Gender trouble*. New York: Routledge, 2006.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CARRARA, Sérgio; SIMOES, Júlio Assis. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. *Cadernos Pagu*, 28: 65-99, 2007.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues.; FERREIRA, Marcos Santos. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

DAMATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo, ou como ter o *anthropological blues*”. In: NUNES, E. (org.). *A Aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. pp. 23-35.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DÍAZ-BENÍTEZ, María Elvira. Dark Room aqui: um ritual de escuridão e silêncio. *Cadernos de Campo*, 16 (16): 93-112, 2007.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. *Risco e Cultura: um ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 2012.

DOURADO, Inês. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (supl.1): 63-88, 2015.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna”. In: HEILBORN, Maria Luíza (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. pp. 21-30.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Antropología y psicoanálisis: retos de las ciencias románticas en el siglo XXI. *Culturas Psi*, 1 (1): 45-63, 2013.

DUMONT, Louis. *O Individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. São Paulo: Rocco, 1985.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. “Corporeidade em Psicanálise: corpo, carne e organismo”. In: RAMIREZ, Heloísa Helena Aragão; ASSADI, Tatiana Carvalho; DUNKER, Christian Ingo Lenz (orgs.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador: vol. 1 – Uma História dos Costumes*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

FERRAZ, Maria Cristina Franco. Estatuto paradoxal da pele e cultura contemporânea: da porosidade à pele-teflon. *Galaxia*, 14 (27): 61-71, 2014.

FORTES, Isabel; WINOGRAD, Monah; PERELSON, Simone. Algumas reflexões sobre o corpo no cenário psicanalítico atual. *Psicologia USP*, 29 (2): 277-284, 2018.

- FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos*. Porto Alegre: L&PM, 2012.
- FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FRY, Peter. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LASCH, Christopher. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- LE BRETON, David. *Antropologia dos sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2016.
- LE BRETON, David. *Passions du risque*. Paris : Métailié, 2000.
- LE BRETON, David. *Conduites à risque: des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris: Quadrige, 2013.
- LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- LE BRETON, David. Aqueles que vão para o mar – o risco e o mar. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 28 (3): 9-19, 2007.
- LOYOLA, Maria Andrea (org.). *AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné – Melanésia*. São Paulo: Abril, 1978.
- MAKSUD, Ivia.; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Rev. brasileira de epidemiologia*, 18 (supl. 1): 104-19, 2015.
- MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (10): 3265-3276, 2016.
- MIJOLLA, Alain de. *Dicionário internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- RAMIREZ, Heloísa Helena Aragão; ASSADI, Tatiana Carvalho; DUNKER, Christian Ingo Lenz (orgs.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011.
- ROCHA, Evaristo; FRID, Marina. *Os antropólogos: clássicos das Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: PUC, 2015.
- RUSSO, Jane. “A construção social do corpo: desnaturalização de um pressuposto médico”. In: PITANGUY, Jaqueline (org.). *Saber médico, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: CEPIA, 1998. pp. 51-60.

RUSSO, Jane. “Uma leitura antropológica do mundo psi”. In: VILELA, Ana Maria Jacó; JABUR, Fabio; RODRIGUES, Heliana Conde (orgs.). *Clio-psyché: Histórias da psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. pp. 67-74.

SILVA, Hélio. A situação etnográfica: andar e ver. *Horizontes antropológicos*, 15 (32): 171-88, 2009.

SILVA, Cristina Dias. A ética em debate: o trabalho de campo e seus novos desafios. *Anuário antropológico (2004)*, 30 (1): 187-198, 2005.

SILVA, Luis Augusto Vasconcelos. *Barebacking* e a possibilidade de soroconversão. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (6): 1381-89, 2009.

SPINK, Mary Jane. Trópicos do discurso sobre risco: risco - aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (6): 1277-1311, 2001.

TIGER, Lionel. *À la recherche des plaisirs*. Paris: Payot, 2003.

Nanaa: o corpo como lugar de nomeação pessoal

Fabio de Sousa Lima¹
Instituto Federal de Roraima

Danielle dos Santos Pereira Lima²
Universidade Federal de Roraima

Olendina de Carvalho Cavalcante³
Universidade Federal de Roraima

Resumo: Este artigo discute alguns traços da complexa rede de nomeação pessoal Wapichana, a qual assenta-se no processo de construção social do corpo. Nesse sentido, toma-se como polo das discussões a atribuição de nomes designativos e auto-designativos indígenas, processo comum nas terras baixas amazônicas, que repercute na noção de corpo e pessoa. Trata-se de uma pesquisa etnográfica cujos resultados demonstram que o nome cultural que o Wapichana porta presume a existência de uma alma-nome ou um segundo corpo.

Palavras-chave: Wapichana; nome; corpo; pessoa.

SOUSA LIMA, Fabio de; LIMA, Danielle dos Santos Pereira; CAVALCANTE, Olendina de Carvalho.
Nanaa: o corpo como lugar de nomeação pessoal. *Acervo – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 145-160, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587

¹ Professor de História do Instituto Federal de Roraima (IFRR), mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Roraima (UFRR).

² Mestre em Letras Literatura pela Universidade Federal de Roraima (UFRR).

³ Doutora em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professora associada do mestrado de Antropologia Social da Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Nanaa: the body as a place of personal nomination

Abstract: This article discusses some features of the complex Wapishana personal naming network, which is based on the social construction process of the body. In this sense, the pole of the discussions is the attribution of indigenous designative and self-designating names, a common process in the Amazonian lowlands, which has repercussions on the notion of body and person. It is an ethnographic research whose results demonstrate that the cultural name that the Wapishana port presumes the existence of a soul-name or a second body.

Keywords: Wapishana; name; body; person.

Nanaa: el cuerpo como lugar de nominación personal

Resumen: Este artículo analiza algunas características de la compleja red de nombres personales de Wapichana, que se basa en el proceso de construcción social del cuerpo. En este sentido, el polo de las discusiones es la atribución de nombres auto-denominados y designados por los indígenas, un proceso común en las tierras bajas de la Amazonía, que repercute en la noción de cuerpo y persona. Es una investigación etnográfica cuyos resultados demuestran que el nombre cultural que lleva el Wapichana presupone la existencia de un nombre de alma o un segundo cuerpo.

Palabras clave: Wapichana; nombre; cuerpo; persona.

Este artigo traz uma reflexão sobre as formas de nomação pessoal Wapichana as quais pressupõem estratégias de autorreconhecimento presentes entre os Wapichana povos indígenas das Terras Baixas da América do Sul⁴. Na onomástica da Terras Baixas, chamam-se nomes designativos os etnônimos, isto é, as nomações atribuídas aos indígenas por terceiros; por seu turno, quando se fala em nomes autodesignativos presumem-se aquelas formas nominativas que os nativos atribuem a si.

No caso dos Wapichana, eles aparecem em estudos de campos distintos do conhecimento, como Linguística, Antropologia, Literatura Comparada e outros, quando o tema é a noção de pessoa: Farage (1997), com refino poético, mostrou como os Wapichana elaboraram a noção de pessoa pela palavra em ato e práticas retóricas; já Carneiro (2008) pôs em paralelo a noção de pessoa e o uso de topônimos; Tempesta (2004) expôs como, para os Wapichana, corpos não nascem prontos e, muito próximo do que acontece em outras cosmologias amazônicas, como os Desana, acredita-se que a possibilidade de passagens entre os planos de existência humano e não humano faz da humanidade uma questão de perspectiva.

O povo Wapichana e aldeia Malacacheta

Os Wapichana são um povo indígena que, em território brasileiro, situam-se entre os rios Uraricoera e Tacutu, Roraima. Na Guiana (inglesa), habitam entre os rios Tacutu, Rupununi e Kwitaro. Os Wapichana que vivem no lado brasileiro experimentam uma situação de bilinguismo ou multilinguismo, ora falam Wapichana ora português, ora inglês.

As terras da aldeia Malacacheta no início do século XX pertenciam ao fazendeiro Sizenando Diniz e a esposa Ermelinda do Nascimento Pinto, também conhecida como dona Santinha. Com a morte do fazendeiro, os índios acabam pagando pela terra a dona Santinha e, mais tarde, ao INCRA (LIMA, 2018).

Outro traço peculiar da aldeia Malacacheta pós-demarcação é a criação de bairros. Lideranças locais como Xaburu e Pimidy, o beija-flor wapichana, sugerem que a proximidade com centros urbanos tem ocasionado esse fenômeno geográfico de inserção de designações urbanas na organização espacial indígena. Como bairros são comunidades alojadas dentro de espaços maiores como as cidades, os Wapichana designam tais intraespaços de bairros, considerando o aglomerado de casas chamadas *dap baukup* ou *kabayn baukup*. Então, quando alguém diz “*un dap kabaynhau yzikun ii*”, ou seja, “*minha casa está no meio da aldeia*”, está falando de um bairro central.

⁴ O conceito de terras baixas não é consensual na etnografia, há quem o considere um recurso conceitual generalizador, como Cavalcanti-Schiell (2014: 251), tendo em vista que supostamente consagra uma divisão entre as terras altas e as terras baixas da América do Sul como domínios etnográficos diferentes.

A aldeia Malacacheta possui atualmente sete bairros mais a área central. As nomações dos bairros seguem uma lógica toponímica, ou seja, derivam de aspectos geográficos como já constatou Carneiro (2008). Segundo o levantamento que fizemos, são estes os designativos: Bacabal, assim designado por está situado em uma área com considerável densidade de bacabazeiro; Rabicho, cuja denominação é alusiva ao igarapé homônimo a ele adjacente; Gavião, por situar-se no perímetro próximo ao igarapé do Gavião; Jacaminzinho, assim chamado pela proximidade com o rio Jacamim; Jenipapo, cuja designação advém de um jenipapeiro que compõe um cinturão verde em torno do bairro; Lago do Pato, por situar-se em uma área lacustre de mesmo nome; e Mirixi, por ser uma região com grande densidade da referida vegetação.

A noção de pessoa, *pidian*

Para os Wapichana, a noção de pessoa (*pidian*) conflui para a seguinte percepção: os fluidos⁵ e as substâncias⁶ corporais dos genitores, ao que parece, afiguram-se como o que antecede a existência da pessoa e a condição de possibilidade de formação do corpo; o corpo (*nanaa*) da criança pressupõe a pessoa em potência; a atribuição de um nome designativo ou de autodesignação sugere que a nomação pessoal wapichana acopla uma alma ao corpo, tornando-o uma pessoa; a maturação corporal leva o menino a se transformar em *tuminary*, processo que ocorre quando o rapaz engrossa o timbre da voz, fase apenas superada com o advento do casamento, segundo o qual o jovem se torna *daionaora*; ao gerar filhos e conduzi-los ao casamento, o homem ganha respeitabilidade perante a aldeia, todavia a idade plena só é alcançada com o nascimento dos netos, pois com tal fato o homem cumpre o ciclo geracional de ter sido filho, pai e, conseqüentemente, ter se tornado uma das figuras mais honradas entre os Wapichana, ou seja, avô (*dukuz*).

Eu nasci Ximensud, menino sem nome e fiquei assim até os dois anos. Menino não recebe nome quando nasce, o osso é muito fraco não aguenta. Depois recebi o nome de Kunaynyma'u, que significa bonito, era assim que minha mãe me chamava, esse nome trouxe alma ao meu corpo e se tornou a minha durumaa yy, alma-nome. Quando cresci, resolvi mudar de nome, agora sou Xaburu, que é uma bebida não fermentada feita de mandioca. Minha voz ficou grossa, eu já era um daionaora. (XABURU, 05/01/2018)

A tessitura da pessoa (*pidian*) para os Wapichana começa antes do nascimento de um corpo (*nanaa*). Se a criança nasce morta é apenas tratada como *ma'chai* e não se procede com a nomação pessoal e, mesmo que viva, a nomeação não é dada a princípio pelo peso ontológico que o nome pessoal porta, prática similar àquela adotada pelos Xavante (LOPES DA SILVA, 1986). A primeira implicação é a de que pelo fato do corpo ser uma categoria social e culturalmente construída ele remete às relações de substância, a exemplo do sangue (DAMATTA, 1976); e a segunda diz respeito aquilo que Gil (2003) ao estudar dois grupos pano, os Yawanawa e os Yaminawa, chamou de as possibilidades multivocais de modelagem do corpo através de diversos tipos de ações.

No caso da menina, desde a mais tenra idade, é chamada de *zyna*, o que dura até o despontar dos seios, fase na qual ela passa a ser reconhecida como “menina moça⁷” ou *kadyny*. Por ocasião do primeiro fluxo menstrual, a menina torna-se *kashinaru*; no ápice da puberdade passa a ser reconhecida como moça

⁵ O sêmen do genitor.

⁶ O sangue dos genitores.

⁷ Informação repassada por Xaburu.

ou *mawys*, por ser uma pessoa que ainda não enfrentou o parto. Com a chegada dos filhos, a designação correspondente a ela dependerá do lugar e do estado em que esteja em relação a quem designa, podendo ser mãe (*daru*) ou a variante mãe (*mamaa*), mãe falecida (*darun*) ou sogra (*imeyzu*), sendo considerada uma adulta plena quando passa a ser avó (*ku'ukun*).

Entrevistador: *Você tem um nome pessoal wapichana? Se tem, qual é o seu nome?*

Zynaba: *Eu tenho um nome de escola. Meu nome é Zynaba, mulher. Assim o senhor não vai entender! Deixe eu explicar: na escola a gente tinha que ter um nome wapichana e os professores e colegas começaram a me chamar de mulher.*

Entrevistador: *Mas por que mulher?*

Zynaba: *A mulher é forte, guerreira, enfrenta a luta diária de ser mãe, esposa e mulher, mas como eu já vivia junto com um rapaz eu não era como outra amiga que era chamada de Zynaba maydaiary'u, que é mulher solteira, eu era Zynaba mazidian, mulher casada. (18/03/2017)*

A fala de Zynaba, moradora da aldeia Malacacheta, situada em Roraima, extremo-norte do Brasil, corrobora com a existência de um tipo específico de nome designativo pessoal entre os Wapichana, o nome de escola, e deixa evidente a mutabilidade dos nomes pessoais (*pidiannau yy*).

O nome designativo aciona imagens que a pessoa nominada reconhece em si, do contrário a nomeação esvazia-se de sentido. A jovem se vê como forte (*m'uzkan*), guerreira (*ba'iakaru*) e explica o porquê da autoimagem: ela “enfrenta a luta diária de ser mãe, esposa e mulher”. A questão suscitada aqui diz respeito à projeção das nomeações designativas nas relações sociais.

A avó de Pimidy, outro índio Wapichana, uma anciã de 95 anos, uma das pioneiras da aldeia Malacacheta⁸, alega que quando era criança ouviu falar da existência de nomes designativos indígenas, todavia, pela pressão exercida pelos missionários cristãos, jamais recebeu uma nomeação indígena, o que não impediu os pais dela de usarem de criatividade dando-lhe um nome em português cujo significado é um monstro com língua de serpente – uma espécie de píton, tifão ou sucuri.

Segundo relatos colhidos em campo, até 1986, os nomes pessoais indígenas, embora não estejam totalmente ausentes da aldeia Malacacheta, parecem estar em uma espécie de limbo, sem que os moradores os usem em ambientes públicos, não passam de meros apelidos do mundo privado. É com a implantação do Centro Regional Indígena da Serra da Lua no ano de 1986 (PPP/EEISD, 2011) que a política de nomeação reaparece em práticas educativas cujo protagonismo é capitaneado por professores de Língua Materna Wapichana.

Perguntado sobre nomeações designativas, Xaburu assim relata:

Quando eu era criança lembro que todo mundo só chamava meu pai pelo nome wapichana dele, Mukau, que é a arma do branco, a espingarda. Os mais velhos só chamavam ele assim. Pra falar a verdade, eu só vim saber o nome dele de branco depois de grande. Já minha mãe eu num lembro se ela tinha nome wapichana, aliás, ter ela tinha, mas eu num lembro. Meu irmão até hoje a gente chama ele de Wizchip, que é mucuim. (04/12/2017)

O que segue agora é uma análise etnográfica de um conjunto de substâncias e atos da alma tidos pelos Wapichana como cruciais na fabricação do corpo e na tessitura da noção de pessoa. No primeiro momento, destacamos o sangue e a respiração e, no segundo momento, mostramos a modelagem da pessoa, *pidian*.

⁸ Atualmente, a avó de Pimidy mora na região indígena do Surumu, município do Uiramutã, distante 279 km da capital Boa Vista.

A tessitura da pessoa: a alma em ato

As pesquisas etnográficas entre os Wapichana, realizadas entre 2017 e 2018, trouxeram à baila a percepção de que os índios partem da ideia de que a alma (*durunaa*) efetua-se em atos. A fala e o sopro usados em processos de encantação compõem um exemplo de alma em ato: “Eu uso *pori*, ao chamar o vento. Eu asobio, como a minha avó ensinou. Como o vento é gente ele entende e vem” (Pimidy, 18/10/2017). Quando a *durunaa* se põe em ato dela advém uma força criadora e modificadora de realidades. O ponto fulcral é que o ato porta em si presença plena e não necessariamente memória: o tempo do ato é o presente e o ápice temporal no qual ele se desdobra é a enunciação, pois com a alma se impinge intervenção.

Para os Wapichana, o ser humano é visto sob o signo de três aspectos: o primeiro é *udorona*, uma espécie de princípio vital, cuja força tem o poder de animar e movimentar humanos e, em alguns casos, não humanos, sendo que ela se expressa de três maneiras, a saber, a respiração, os batimentos cardíacos e a fala. Além da fala, índice de diferenciação entre humanos e não humanos, *udorona* é manifesta pela sombra vigorosa do corpo projetada pelo sol; o segundo aspecto é *udikini*, contraface de *udorona*, haja vista que é a sombra pálida ou mais fraca que projetamos sob a luz solar; e terceiro *ma'chai*, o cadáver ou seu espectro quando se faz menção de seres humanos, ou *mauka'u* quando diz respeito ao corpo de não humanos.

Xaburu: *quando eu era criança sonhava em ser um tuminary, mas demorou e só quando minha voz engrossou e os outros menino falava, agora você é tuminary. O tempo passou, agora eu sou um dukuz. Dukuz é bom, só é ruim não ser mais tuminary porque não tem mais a força de um tuminary pra caçar, pescar. Nanaa dói até se ando muito. (20/10/2018)*

À primeira vista, presume-se que os Wapichana dão ênfase excessiva à idade, o que até certo ponto é compreensível, uma vez que as figuras mais valorizadas são os mais velhos (*tynarynau*). Contudo, a condição social de cada pessoa não passa pelo crivo da institucionalização, como afirma Farage (2002: 286), apenas “se reconhecem fases socialmente relevantes na trajetória de um indivíduo”. Desse modo, não há entre os Wapichana nenhuma demarcação rígida e sistemática de ritos de passagem que assinalem mecanicamente a transição de uma fase para outra: por exemplo, por escolha pessoal, um homem pode ser reconhecido por toda vida pela autodesignação de solteiro (*maydaiaru'u*).

A criança wapichana ao nascer geralmente não recebe nenhum nome indígena ou de branco, pois os pais entendem que a pouca idade é justificativa suficiente para não se atribuir à criança algo com um peso ontológico demasiado, ou seja, um nome pessoal – *pidian yy*. Por um ano, o designativo familiar a ela endereçado é *ximensud* (termo nativo genérico para criança).

O nome, conforme fica sugerido, marca a pessoa como humana. A criança para ser nominada, na aldeia Malacacheta, requer alcançar um estado de ânimo compartilhado com o adulto, posto que a nomenclatura designativa não pode derivar de uma sensação rarefeita e fugaz acerca do outro (o nominado), uma vez que para os Wapichana uma nomenclatura pessoal recomendável é aquela que tem a possibilidade de se consolidar no decorrer do tempo, desse modo o desejo de nomenclatura supõe uma compreensão razoável da natureza do nome a ser atribuído a terceiros.

Na aldeia Malacacheta, os seres humanos são designados por nomes pessoais, não havendo indícios de formas patronímicas⁹. A nomação em si não parece envolver atos secretos. O único tabu, com peso ontológico, refere-se aos nomes dos mortos. Como os Wapichana creem que a maneira mais cômada de lidar com a morte é pela via do esquecimento, a evitação quanto ao nome (*yy*) do espectro (*ma'chai*) sugere uma forma de afastar possíveis embaraços na vida. Segundo Pimidy, a reação dos Wapichana ao ouvirem alguém, em geral brancos, pronunciam os nomes de algum parente (*paunaru*) falecido, é a de indiferença, menos comum, e o riso (*xazutan*).

Conforme as palavras de Pimidy (04/12/2017), a aquisição de nomes pessoais “não é de qualquer jeito”. Há nomes que podem designar características físicas de um indivíduo: *Kawaru midiay'yziu* (cavalo magro), *Mis'u kakiwini'u* (carapanã gordo); e há, também, designações que não apenas derivam de comportamentos, trejeitos do nominado, mas do estado de espírito que ele exibe diante da comunidade: *Sukuku kunaikii* (sabiá alegre), *Tubuchi kibia'u* (caju amargo), *Kapaxi tu'uruba'u* (tatu valente).

Ao dar um nome pessoal a alguém, o nominador estabelece um vínculo espiritual com o nominado da seguinte maneira: o nome é uma dádiva cuja existência depende de uma ativação, ou seja, o ato de atribuir-se um *yy* (nome) a alguém. Quando o nominador aciona um nome desencadeia um ciclo de obrigações morais, cabendo ao nominado receber a dádiva ofertada e retribuir tanto nominando pessoas da próxima geração quanto estreitando laços com o nominador.

O sangue

O compartilhamento de substâncias corporais ganha vigor entre os Wapichana mediante a doação de sangue dos genitores aos filhos no ato da concepção. Desse modo, um outro elemento que compõe o corpo e informa a pessoa é o sangue (*izei*). No pensamento wapichana, o sangue é um elemento que pode ser partilhado e transmitido de genitores para os filhos. Recebe-se de pai e mãe em porção igual: pai, mãe e filho formam um *õribienao* (muitos de mim), um coletivo para grupo familiar de uma pessoa (FARAGE, 1997: 84). Corrobora com tal perspectiva a fala de Atamyn: “o sangue é o laço que une as famílias, ele nos torna muitos, muito do meu dary [*pai*] em mim, muito de minha daru [*mãe*] em mim” (12/05/2017).

O sangue, em que pese ser uma substância natural corpórea, “apresenta notável rendimento simbólico nas cosmologias indígenas das terras baixas sul-americanas (TBAS), sobretudo pela sua importância nas concepções de pessoa [e] corpo” (VELDEN, 2007: 275). O líquido rubro é princípio vital entre os Wapichana, seu fluxo permanente assinala a presença da vida, dele procedem efusões simbólicas na manutenção do corpo. Velden (2007: 279) alerta que nas TBAS o que justifica a atenção dada ao sangue é a ideia de que nele há força para produzir o afastamento das doenças e, mais do que isso, ele supõe a busca pela saúde.

O estado do sangue verte-se em aparelho simbólico nas narrativas wapichana: na aldeia Malacacheta, uma “pessoa corada” presume-se ter sangue forte (*izei mabuska'u*) e “grosso” (*midi'u*) e, logo, é saudável¹⁰. Só que a noção de sangue aqui diz menos da integridade física que da personalidade social – a preocupação em “engrossar o sangue” passa por técnicas presentes na memória coletiva

⁹ Nomes de *sibs* ou de linhagens que são aplicados individualmente a seus membros.

¹⁰ Relatos repassados em 2016 por Xaburu e Nizuaba (tipiti fêmea) e confirmados em 2017 por Pimidy (beija-flor)

e proclama costumes imperiosos que os Wapichana guardam com zelo, como beber suco de beterraba, consumir caldo de feijão e ingerir vinho de açaí. O foco é mais com a construção social da pessoa do que com disfunções hormonais ou deficiências imunológicas, o que faz lembrar a sábia afirmação de Lévi-Strauss (2000: 193): “A integridade física não resiste à dissolução da personalidade social”.

Nas redes de discursos wapichana, o sangue aloja-se nas malhas mais intrínsecas dos regimes de conhecimento. Segundo Viveiros de Castro (1996: 1), as construções nativas sobre o sangue forjam uma discussão sobre “o corpo humano: sua fabricação, comunicação com o exterior, as regras que o incorporam a sociedade e o transformam em símbolo”. Na aldeia Malacacheta, as narrativas sobre o sangue são intencionais e periódicas. “Sangue, lembremos, é porção partilhada da alma, e constitui o vínculo entre o recém-nascido e seus pais” (FARAGE, 1997: 239). O momento inicial da tarefa de produção da pessoa presume a doação de sangue dos genitores, o que requer a conjugação de corpos e a permuta de fluídos corporais para consolidar o ato geracional.

Conforme Viveiros de Castro (1996), o social não se deposita sobre o corpo como matéria amorfa, pelo contrário ele cria o corpo. Na aldeia Malacacheta, a fabricação do corpo (*nanaa*) supõe uma intervenção consciente sobre a matéria. O que se fabrica é o ser humano, a pessoa (*pidian*) na acepção nativa do termo: o estatuto da pessoa constrói-se pelo ato inaugural de doação de sêmen e sangue dos genitores e deles se esculpe um ser vivente no ventre materno, ainda que desprovido da essencialidade humana ou sem atributos propriamente humanos, como respiração e fala.

Na ótica wapichana, o sangue assinala três índices na formação e deformação da pessoa no ciclo vital: o acesso à vida, uma vez que só é possível viver porque o sangue se ramifica no corpo por redes capilares, ou como dizem os nativos, ele “irriga o corpo¹¹” (metáfora tão ao gosto Wapichana); a capacidade de reprodução, que implica retribuir à dádiva do sangue recebido, doando vida a um novo ser; e o fim da vida, quando o sangue cessa o curso de sua correnteza, perde a capacidade de fluxo e, por força da morte, apodrece, tornando-se uma seiva viscosa de coágulos. Na cosmologia wapichana, o sangue é objeto de cobiça dos *kanokushi*, seres que vivem em aldeias, na mata e nas serras, cujos calcanhares são deformados (voltados para a frente). Como morcegos, perambulam à noite pelas matas densas com “o desejo de sugarem sangue de crianças”, conforme relata Xaburu (02/03/2017). A fabricação primordial dos humanos, ainda conforme a cosmologia wapichana, é produto da ação do demiurgo Tuminkaru (FARAGE, 1997), ele não apenas cria, como enche os corpos humanos de um líquido, *izei wyza’u* (sangue vermelho).

Na perspectiva cosmológica nativa, a ação do mito opera como um dispositivo de explicação de como se fabrica e se recria a condição humana. Segundo López (2006: 359), as ações humanas pressupõem planos de manejo de formação e transformação do “espaço-temporal concreto”. A aldeia Malacacheta verte-se em espaço societário onde são moldadas as corporalidades wapichana e se recriam práticas histórico-sociológicas. Conforme Velden (2007: 279), “o sangue se perde, irremediavelmente, no curso da vida, por meio de ferimentos, nas dores do trabalho cotidiano, no parto e nas regras mensais das mulheres”, e os Wapichana ao que parece não ignoram tal percepção: para eles, a perda de sangue fra-

¹¹ Informação obtida junto ao professor wapichana Kennedy Rodrigues ou *Atamyn* (árvore).

giliza o corpo e denuncia o vigor combalido do corpo. O rosto empalidecido é considerado como um sinal de um corpo abatido ou doente, de modo que a pessoa, nessa condição, é tratada como *aiberu* (pálida).

A percepção que os Wapichana têm acerca do sangue, guardadas as devidas proporções de espaço, tempo e costumes, assemelha-se àquela que López (2006: 359) constatou ao realizar pesquisas etnográficas sobre corporalidade e pessoa entre os Jodí venezuelanos: um acontecimento aparentemente fixo, como o derramamento de sangue, seja por um eventual ferimento em espinhos ou uma arranhadura provocada por garras de não humanos, ou até mesmo o sangue que jorra durante o abate de uma caça, conecta-se exponencialmente “à reprodução de eventos cosmológicos”, os quais seguem por gerações.

A interpretação nativa para a cosmologia do sangue aponta, assim, para uma percepção de que o mito se concretiza e se atualiza no cotidiano, uma vez que o sangue não é apenas aquilo que se apresenta de modo visível aos olhos, mas ele pressupõe a vitalidade do sistema circulatório presente no corpo, cujo líquido vermelho e viscoso irriga desde os vasos capilares, passando por veias e artérias e cumprindo um perene retorno ao coração (*nhykynny*) – sinônimo de vida na Malacacheta.

Por seu turno, as doenças têm a capacidade de deformar as pessoas ao afinarem o sangue: *izei dysasaba’u* (sangue fino) é uma forma de nominar uma pessoa convalescente¹². Presume-se que o sangue se transmuta em água, em particular suor e saliva, sobretudo em face de doença brava (*kaziwkari tu’uran*), como malária ou tuberculose. O sangue não espesso representa ameaça à integridade da pessoa, já que é um prenúncio de morte próxima, assim creem os nativos na aldeia Malacacheta.

Os Wapichana nutrem a crença de que o sangue perdido por uma pessoa nos incontáveis acidentes da vida, nos ferimentos que laceraram a pele e nos partos deve ser recuperado. Eis algumas maneiras: a alimentação, com especial ingestão de fígado ou carne de peixe, feijão e beterraba; as alegrias do espírito com jogos, pescarias, banhos em rios e igarapés; e os processos xamânicos de cura. Com o derramamento de sangue, o vigor humano desfalece, o corpo declina em franca ruína, as pálpebras ficam turvas, os joelhos vacilantes, as pegadas débeis e a pessoa entra em um labirinto perigoso cujo desfecho pode ser a morte iminente¹³.

A reposição sanguínea pereniza a reconstrução da pessoa. É como se ela fosse arrancada de um vale de sombras e fraquezas na qual sucumbia, sendo repostada no mundo social da força (*ma’uskan*) e da coragem (*ka’itian*), virtudes morais de alta estima na aldeia Malacacheta. O ritmo das porções de sangue perdido e recuperado dá a tônica da vida wapichana reabilitada.

Não há como se perder de vista que o sangue se desloca segundo a força vital de um músculo propulsor cuja ação tem significação social para os wapichana: o coração (*nhikynny*). Como o que interessa aqui é a produção da noção social de pessoa, dois aspectos são ressaltáveis nele: os batimentos cardíacos (sinais de manifestação de *udorona*) e a noção de sede dos sentimentos. Os batimentos cardíacos assinalam na cosmologia wapichana o compasso da vida em movimento, indicam também o palpitar da alma em sua jornada entre os vivos¹⁴; como repositório de sentimentos, quando os Wapichana fazem menção dele é para expressar o estado de espírito das pessoas: “*Ungary nhikynny kaxa’uran*” ou “meu coração está triste” (OLIVEIRA; SILVA; SILVA; 2013: 150).

¹² Informações repassadas por Xaburu, em 2017.

¹³ Conforme informações repassadas pela wapichana Lindia da Silva Pereira ou Mamiaba (nambu fêmea).

¹⁴ Informações obtidas através de Xaburu e Pimidy.

A respiração

Outra expressão consistente de *udorona* é a respiração e tal imagem não se restringe apenas a um processo fisiológico, aeróbico e mecânico de inflar os pulmões com ar, absorvendo oxigênio e eliminando dióxido de carbono, mas, sobretudo, diz respeito à fala articulada. Nesse sentido, os Wapichana presumem que crianças pequenas que ainda não falam não possuem *udorona*. Como o princípio vital é traço característico dos vivos não há porque se cogitar que os mortos o possuam. Segundo Farage (1997: 289), só resta aos espectros “um murmúrio rouco e ininteligível”.

A respiração supõe o limiar entre a vida e a morte e no período pré-natal da gestante é a certeza de que ainda não há alma no ventre, já que na placenta onde a criança se aloja não há a respiração no sentido de aspirar, de encher de ar os pulmões. “A respiração acompanha o valor da fala, questão que se apreende com maior nitidez no contexto da magia: soprar e falar são atos homólogos, que surtem o mesmo efeito encantatório, por serem ambos alma” (FARAGE, 1997: 84). Na construção social da pessoa, a alma apresenta uma dupla composição: fala e sopro (ou respiração). A fala articulada resulta do processo de maturação corporal e intelectual como já foi dito; a respiração é uma qualidade inerente ao corpo.

Segundo Xaburu, um dos mais respeitados *kwad pazu* (historiadores da aldeia), não é de se estranhar que a ruína do corpo, isto é, deixar de respirar em definitivo sugere a cessação da alma, a pessoa transforma-se em “*ma'chai*, o cadáver e seu espectro” (23/05/2017). Convém ressaltar que, na cosmogonia wapichana, os demiurgos criadores e transformadores Tuminkaru e Duid se foram definitivamente com a queda da “grande árvore” e, independente do plano supranatural que possam estar, não intervêm mais nas relações humanas (LIMA, 2018). Se o corpo cessa de respirar por falência múltipla e não por eventuais desmaios, a alma terá partido. E nenhuma elaboração refinada sobre o que sucede após a morte compõe a visão nativa, tudo se resume apenas na afirmação: “ninguém sabe para onde vai *udorona*” (XABURU, 02/05/2017). Subjaz nessa afirmação a presunção proposta por Benjamin (2010: 208) de que “a morte é a sanção de tudo o que o narrador pode contar”. Excetua-se dessa sentença os xamãs que, no pós-morte, assentam moradia em uma árvore chamada Toronai, situada no topo das serras ou no céu.

Modelagens da pessoa

Como já foi dito anteriormente, os Wapichana creem na possibilidade de modelagem do corpo através de diversos tipos de ações. Assim, concebem que as crianças, *kuraiziannau*, são corpos a serem moldados com o buril da maturidade, sendo os nomes designativos uma das primeiras formas de esmerar o corpo no processo de construção da pessoa. O sistema de nomeação wapichana faz lembrar aquilo que Mauss (2003 [1938]: 200) chamou de “vínculo de almas”, pois na aldeia Malacacheta acredita-se que a nomeação vincula nominador e nominado, uma vez que um nome designativo tem uma alma a ser acoplada no corpo do nominado, algo que tratarei com mais esmero quando trazer para a discussão a noção do segundo corpo professada pelos Wapichana.

O segundo aspecto que gostaríamos de comentar sobre a construção do corpo entre os Wapichana é específico do campo das ações, que modelam o corpo segundo um ideal que toma qualidades e capacidades valorizadas culturalmente na

aldeia Malacacheta e que um adulto, segundo os nativos, deve possuir sob pena de sofrer vergonha moral diante da comunidade. Segundo escritos de Viveiros de Castro (1996: 128), o corpo nas TBAS não é pensado apenas segundo um ponto de vista fisiológico, mas como “um conjunto de afecções ou modos de ser que constituem um habitus”. Trata-se de uma prática comum nas terras amazônicas, cuja ideia é manipular os corpos com a finalidade de socializá-los: basta lembrar os rituais de modelagem dos corpos das crianças, como os *mariwin* entre os Matis¹⁵ (ERIKSON, 1996). Tal ritual consiste na evocação de ancestrais cujo papel é bater nas crianças com chicotes feitos de talo de palmeira com o propósito de endurecê-las, tornando-as mais vigorosas.

É claro que os Wapichana não possuem rituais semelhantes aos Matis, no que diz respeito ao fortalecimento do corpo. Todavia, compartilham de práticas culturais que servem de critérios para a obtenção de características, se não ideias, pelo menos desejáveis que o corpo deve ter, as quais se resumem no conceito de força (*ma'uzkan*). As qualidades vinculadas ao referido conceito comportam mais comportamentos éticos do que capacidades fisiológicas, pois presumem disposição para o trabalho (*kaydinha'u*) e coragem (*ka'itian*) de enfrentar os inúmeros percalços que a vida impõe. Assim, uma pessoa que demonstra preguiça ou má vontade de participar de trabalhos coletivos (os *ajuris*), assume perante a comunidade uma reputação oposta àquela propiciada por *ma'uzkan*, que é a de preguiçoso (*zunziu*). Descola (1998) mostra que, na maioria dos povos indígenas amazônicos, a condenação à avareza constitui um princípio moral, desse modo, a preguiça supõe uma forma de desvirtuar o corpo à medida que ela pode ser interpretada como um ato mesquinho com o próprio corpo, tendo em vista que priva a pessoa da capacidade produtiva em favor do coletivo. Entre os Wapichana, um *zunziu* também pode ser aquela pessoa que não vai à caça, logo não tem carne para repartir com os demais, mas que não se furta a receber a carne obtida pela caça de outras pessoas sem que se comprometa com qualquer contrapartida. Em ambos os casos, o que está em jogo são as relações interpessoais. Segundo Xaburu, uma forma de uma pessoa alcançar a aprovação de um futuro sogro (*ime-dukuz*) é demonstrando capacidade e coragem para trabalhar, provendo peixe (*kupay*), lenha (*zuaakarî*) e carne (*dynai*). Para os Wapichana, ajudar (*kamin-kiaytan*) é um signo de respeito que traz sobre o praticante a boa reputação.

É, pois, com *udorona* (princípio vital) que se nomina uma criança, tornando-a uma pessoa (*pidian*). Com o corpo (*nanaa*), a criança produz os primeiros sons disformes e ininteligíveis, ele é o veículo que conduz os primeiros passos titubeantes e inseguros sob os olhares afetuosos e embevecidos de pais, avós ou demais familiares; por ele vertem-se as primeiras lágrimas, ressoam choros, expõem-se dejetos, afloram-se os sentidos e o mundo externo delinea-se em contornos atrativos. Mas o corpo é também atividade, lúdica ou laboriosa, constrói, forma, deforma, reforma e transforma, com ele se nomina e se é nominado. Falar em sistema de nominação pessoal requer o reconhecimento de que se trata de um sistema terminológico que remonta a uma forma simbólica de definição da pessoa.

O corpo, segundo DaMatta, Seeger e Viveiros de Castro (1979: 13), é “afirmado ou negado, pintado e perfurado, resguardado ou devorado, tende sempre a ocupar uma posição central na visão que as sociedades indígenas têm da natureza do ser humano”. Ele é nominado e assume a capacidade de nominar. Nomações podem ser entendidas como “tentativas particulares de pessoas particulares de colocar essas coisas em alguma espécie de estrutura compreensiva e significativa”

¹⁵ Povo de língua Pano que habita o sudoeste do estado brasileiro do Amazonas, em particular na Terra Indígena Vale do Javari situada na região do alto Solimões.

(GEERTZ, 1989: 21). Na aldeia Malacacheta, nomações supõem convenções coletivas da vida social wapichana. A construção da noção de pessoa passa pela dualidade, como sugere Viveiros de Castro (1996): indivíduo é personagem, devir e ser, corpo e alma. O próprio corpo é atravessado por um caráter dual, haja vista que nele operam aspectos internos que vão desde a reprodução física, a habilidade motora, até a capacidade sensorial e, também, aspectos externos ligados ao nome designativo ou de autodesignação que porta, aos papéis públicos que exerce, aos ritos cerimoniais que comunga e partilha, ou seja, o mundo social no qual interage, o qual é expresso na pintura, na ornamentação corporal, nas danças e canções.

Um sentido comum às várias abordagens antropológicas sobre o corpo — por diferentes e às vezes antagônicas que possam ser — é o de pensar o corpo como uma construção social e cultural, e não como um dado natural. A antropologia busca desnaturalizar o que é visto como dado pela natureza — seja isso uma regra de comportamento e de classificação social [...], seja a própria noção de corpo — e mostrar as dimensões sociais e simbólicas desses fenômenos. (MALUF, 2001: 88)

Ressaltamos, todavia, que os Wapichana nem de longe são reféns da visão utilitarista a que o termo corpo possa eventualmente a remeter, mesmo em que pese portarem resquícios de uma visão dualista que dicotomiza ser e corpo, no sentido de possuírem um nome-alma (*yy*) e terem corpo (*nanaa*). Na aldeia Malacacheta, hábitos, costumes e crenças diluem-se em um processo de incorporação.

Nominar o corpo para os Wapichana, ao que parece, é um ato social e cultural, cuja subjetividade pode ser reflexiva e ansiosa. Geertz (1989) define como subjetividade reflexiva aquela que supõe discursos e práticas que se erigem por meio de atitudes culturais — o ato de nomeação em si é um exemplo — ; por seu turno, uma subjetividade ansiosa pode ser aquela que se constrói por meio de ações públicas que geram ansiedades como no caso do processo simbólico de nomeação de uma pessoa, uma vez que o nome a ser portado tende, via de regra, a acompanhar o donatário por toda a extensão da vida (exceto se perder o sentido cosmológico correspondente ou for trocado por outro que a pessoa sinta-se melhor designada por ele), o que faz do nome pessoal um símbolo socialmente significativo.

Antes eu tinha outro nome colocado pelos meus amigos, mas eu não gostava. Meu nome era mamão (Ma'apai). Diziam que eu era mole. Eu não achava que meu nome era mamão, pra mim aquilo era apelido e eu num gostava. Como os meninos sabiam que eu tinha raiva, então chamavam. Quando eu já era professor, uma amiga disse que eu parecia mais com Tapi'iz, era grande, forte e trabalhador. Eu gostei, desse nome eu gosto e pegou, todo mundo me chama assim. (TAPI'IZ, 13/10/2017)

A experiência de autodesignação supõe a elaboração de um mundo comum de significados sociais e culturais partilhados por uma sociedade. Ainda que um ato de nomação pessoal pareça um gesto natural e dado, fica a advertência de Mauss (2003 [1938]) como reflexão: os gestos são fabricados por normas coletivas, por convenções culturais. Segundo Maluf (2001: 93), o corpo é “um conjunto de atitudes, de afecções, de modos de ser, de habitus”. Corpos, gestos, “habitus”, nomes são, antes de tudo, construções sociais que se impõem aos indivíduos, pessoalizando-os em conformidade com a vontade geral do grupo.

Para os Wapichana, as oposições polares (corpo e alma, natureza e cultura) não supõem algo estático ou mera relação de complementaridade. Para eles, é

possível nominar não humanos de Chamchamuri¹⁶ (Pai de todas as onças) e dar nome de onça, *Baydukury*, aos humanos. Os nomes designativos e de autodesignação assemelham-se a atos de diferenciação consciente que se sobrepõem a um fundo de similaridade comum, que é a alma, singularizando uma pessoa frente às demais.

Na conformação da pessoa, os Wapichana concebem que um adulto pleno pode vir a ser, além de um avó e sogro, um *kwad pazo* (historiador da comunidade). A implicação é que o conhecimento sugere, assim, um processo cumulativo. Segundo Farage (1997: 219), “o *kwad pazo* é um sábio, e a sabedoria, para os Wapichana, é um derivativo necessário da experiência de vida”. Os *kwad pazo* usam também uma nomenclatura autodesignativa de caráter jocoso, restos de *ku-tyainha’u* (antigos). Há dois motivos para isso: primeiro, eles são narradores das histórias de si e de terceiros; segundo, participaram de um passado cuja memória os mais jovens não partilham. Hartmann (2007: 101) afirma que “enquanto narraram e mostram a si mesmos, os contadores promovem uma reflexão coletiva sobre [...] processos de crise e de transformação”. No caso dos *kwad pazo*, a tensão das narrativas alcança o ápice com histórias sobre viagens e relatos sobre acontecimentos míticos.

Sobre o *kwad pazo* há duas possibilidades de entendimento da tradução da palavra: pode ser equivalente a historiador e, nessa acepção, subjaz o sentido de pessoa com faculdade intelectual de contar histórias dos tempos dos avós, demonstrando uma vasta memória e uma lembrança esmerada em detalhes narrativos, que tendem a fazer o ouvinte visualizar o que está sendo narrado como se ali estivesse presente; pode ser, também, sinônimo de narrador, em sentido benjaminiano, ou seja, aquele cuja arte narrativa assenta-se no “extraordinário e miraculoso” – que praticamente “não explica nada”, mas, ao narrar, tem a capacidade de “suscitar espanto e reflexão” e evocar a força germinativa da memória (BENJAMIN, 2010: 204). Outrossim, como afirma Hartmann (2007: 106-7), “o reconhecimento do contador como sujeito dá direito a um nome que não necessariamente é o mesmo nome de batismo e acaba se dando sempre no retorno à sua rede de relações original – sua comunidade narrativa”.

Considerações finais

Corpo, palavra e nomes designativos e autodesignativos informam a pessoa na aldeia Malacacheta: *nanaa* traduz a manifestação externa da construção da pessoa, haja vista que é o corpo tonificado, pintado, assinalado com ornamentos e, sobretudo, nomeado; a palavra sugere uma ação simbólica imbricada no processo de nomeação do corpo (*nanaa*), o que resulta na construção social da noção de pessoa (*pidian*); o nome pessoal, por sua vez, funda a ideia de uma alma-nome que se acopla ao corpo.

Portar um nome (*yy*) wapichana, seja designativo ou de autodesignação, implica uma forma de pessoalização do sujeito. A se nominar, em outras palavras, fabricam-se corpos e, de modo reverso, quando corpos são fabricados ocorre de fato o processo de nomeação pessoal.

Na aldeia Malacacheta, quando se nomina um indivíduo, especula-se o início da projeção social da pessoa. Um nome designativo ou autodesignativo wapichana imprime uma marca social sobre a pessoa, ao torná-la reconhecível entre

¹⁶ Se a referência for mitológica equivale a Pai de todas as onças, como na expressão “*Chamchamuri kiupan kanuku di’ik*” (o pai de todas as onças está voltando do mato) (OLIVEIRA, SILVA e SILVA, 2013: 210). Se for um nome designativo ou autodesignativo é traduzido como gato maracajá.

os Wapichana. Um nome pessoal wapichana evoca um signo de distintividade, algo similar às pinturas corporais.

Recebido em 23 de julho de 2019.

Aprovado em 29 de novembro de 2019.

Referências

- ANDRELLO, Geraldo. *Cidade do índio: transformações e cotidiano em Iauaretê*. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.
- ANDRELLO, Geraldo. *Falas, objetos e corpos: Autores indígenas no alto rio Negro*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25 (73): 5-26, 2010.
- BENJAMIN, Walter. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 2010.
- CARNEIRO, João Paulo Jeannine Andrade. *A morada dos Wapixana: atlas toponímico da região da Serra da Lua (RR)*. 189p. Dissertação (Mestrado em Linguística), Universidade de São Paulo, 2008.
- CAVALCANTI-SCHIEL, Ricardo. Para além de terras altas e terras baixas: modelos e tipologias na etnologia sul-americana. *Revista de Antropologia (USP)*, 57 (2): 251-290, 2014.
- DAMATTA, Roberto. *Um mundo dividido: estrutura social dos índios Apinayé*. Petrópolis: Vozes, 1976.
- DAMATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E.; SEEGER, A. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19, 1979.
- DESCOLA, Philippe. Estrutura ou sentimento: a relação com o animal na Amazônia. *Mana*, 4 (1) : 23-45, 1998.
- ERIKSON, Philippe. *La Griffé des Aieux. Marquage du corps et démarquage ethnique chez les Matis d' Amazonie*. Paris: Editions Peeters, 1996.
- FARAGE, Nádia. *As flores da fala: práticas retóricas entre os Wapishana*. Tese (Doutorado em Literaturas de Língua Portuguesa), Universidade de São Paulo, 1997.
- FARAGE, Nádia. "Instruções para o presente: os brancos em práticas retóricas Wapishana" (Capítulo 17). In: ALBERT, B.; RAMOS, A. R. (orgs.). *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Editora UNESP/Imprensa Oficial do Estado, 2002. pp. 507-531.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- GIL, Laura Pérez. Corporalidade, ética e identidade em dois grupos pano. *Ilha – Revista de Antropologia*, 5 (1): 23-45, 2003.

HUGH-JONES, Christine. *Social organization among South American Indians of the Vaupés Area of Colombia*. Cambridge, PHD dissertation, University of Cambridge, 1977.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *As Estruturas Elementares do Parentesco*. 2. ed. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1982.

LIMA, Fabio de Sousa Lima. *Formas de nomeação pessoal wapichana na aldeia Malacacheta*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Roraima, 2018.

LÓPEZ, Egleé. Noções de corporalidade e pessoa entre os jodï. *Mana*, 12 (2): 359-388, 2006.

MALUF, Sônia Weidner. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Revista Esboços*, 9 (9): 87-101, 2001.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003 [1938].

MCCALLUM, Cecilia. Aquisição de gênero e habilidades produtivas: o caso Kaxinawá. *Estudos Feministas*, 7 (1-2): 157-175, 1999.

OLIVEIRA, Odami; SILVA, Bazilio da; SILVA, Nilzimara de Souza. *Parada-kary urudnaa: dicionário Wapichana/português, português/Wapichana*. Boa Vista: EDUFRR, 2013.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO. *Centro de Formação Wapichana: Escola Estadual Indígena Sizenando Diniz, aldeia Malacacheta (RR)*, 2011.

VELDEN, Felipe Ferreira Vander. Circuitos de sangue: corpo, pessoa e sociabilidade Karitiana. *Revista Habitus*, 5 (2): 275-300, 2007.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Os pronomes cosmológicos e perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2 (2): 115-144, 1996.

Em branco

**“A dor e o incômodo são passageiros,
mas o orgulho é eterno”:
incitação e evitação da dor entre atletas de ultramaratona**

Isabel Siqueira¹

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo: Com o objetivo de analisar a experiência da dor entre atletas de ultramaratona, o artigo aborda significados da dor e estratégias para lidar com as sensações dolorosas a partir da análise de entrevistas com atletas de ultramaratona e pesquisa de campo em uma prova de ultramaratona de 235 quilômetros, no estado de Minas Gerais no ano de 2016.

Palavras-chave: dor; ultramaratonas; esporte.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, possui graduação em Fisioterapia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (2014) e graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003).

“Pain and nuisance are passengers, but pride is eternal”: incitement and avoidance of pain among ultramarathon athletes

Abstract: With the objective of analyzing the experience of pain among ultramarathon athletes, the article addresses meanings of pain and strategies to deal with painful sensations from the analysis of interviews with ultramarathon athletes and field research in a 235 km ultramarathon, in the state of Minas Gerais in the year 2016.

Keywords: pain; ultramarathons; sport.

“El dolor y la molestia son pasajeros, pero el orgullo es eterno”: incitación y evitación del dolor entre los atletas de ultramaratón

Resumen: Con el objetivo de analizar la experiencia del dolor entre atletas de ultramaratón, el artículo aborda los significados del dolor y las estrategias para lidiar con las sensaciones dolorosas del análisis de entrevistas con atletas de ultramaratón y la investigación de campo en un ultramaratón de 235 kilómetros, en el estado de Minas Gerais en el año 2016.

Palabras clave: dolor; ultramaratones; deporte.

O presente trabalho analisa os dados coletados em pesquisa qualitativa com ultramaratonistas (observação participante em uma prova de ultramaratona de 235 quilômetros, realizada em Minas Gerais em julho de 2016, e entrevistas de roteiro semiestruturado, realizadas em agosto do mesmo ano), com o objetivo de tecer uma análise da experiência de dor entre ultramaratonistas, observando as estratégias utilizadas para a superação, evitação ou gestão da sensação dolorosa durante uma prova e os significados e usos sociais da dor neste contexto.

Ultramaratona é toda corrida com distância superior à de uma maratona, ou seja, são corridas acima de 42,195 quilômetros – no Brasil as menores competições costumam ter 50 quilômetros e as maiores estendem-se por 450 quilômetros. Os terrenos escolhidos costumam ser estradas não pavimentadas, trilhas e ambientes de baixa urbanização. Devido a seu caráter fisicamente extenuante, a ultramaratona está intrinsecamente ligada à sensação dolorosa ou à possibilidade dessa sensação, evidenciando o jogo de negociação do atleta com a dor, com seus aspectos sociais e culturais.

No universo dos ultramaratonistas, o campo semântico da “dor” agrega termos como “sofrimento”, “enjoo”, “tontura”, “cansaço”, “fadiga”, entre outros que denotam todo o desafio a ser superado para tornar-se ultramaratonista. “A dor e o incômodo são passageiros, mas o orgulho é eterno” é uma frase cunhada pelo ultramaratonista Marcio Villar, amplamente conhecida pelos praticantes desse esporte, chegando até a ser tatuada por alguns deles, evidenciando a construção da identidade desse tipo de atleta está imbricada em sofrer e superar esse sofrer. Assim, a dor destaca-se como socialmente inscrita, tornando esse fenômeno possível de ser entendido a partir de sua perspectiva social.

Dor

A palavra *dor* surge nas narrativas dos ultramaratonistas tanto para se referir a uma sensação forte e difusa por todo o corpo, como “eu era uma dor só” (VILLAR, 2015: 106), quanto se referindo a sensações localizadas, mais ou menos brandas, como se vê em “Os dedos dos pés estourados e o dedão machucado doíam bastante” ou “com o joelho machucado na queda ainda doendo” (VILLAR, 2015: 108).

Ao estudar ultramaratonistas mulheres nos EUA, a educadora física Hanold (2010) observa que a dor é classificada seguindo uma gradação de intensidades. As participantes descreveram três níveis distintos de dor durante os treinos: “desconforto”, “dor boa” e “dor ruim”. O “desconforto” e a “dor boa” são percebidos como dores inofensivas e não suscitam nenhuma alteração na rotina de treinamento; já a “dor ruim” é entendida como um “alerta” do corpo, levando-as a parar

o treino e procurar ajuda de profissionais de saúde. Diferentes classificações para dor também são encontradas por Cesar Sabino e Madel Luz (2014) em pesquisa sobre praticantes de fisiculturismo em academias de musculação do Rio de Janeiro. Os autores observaram a existência das dores positivas e das prejudiciais: enquanto a primeira aponta para a execução correta dos exercícios físicos e é parte inexorável do desenvolvimento muscular, a segunda dor surge como “fruto de excessos e execuções equivocadas” (SABINO e LUZ, 2014: 474). O mesmo termo designa diferentes experiências que levam a diferentes reações, dores que são qualificadas e adjetivadas.

Entre ultramaratonistas, dor é uma palavra usada para descrever tanto uma sensação levemente incômoda e muito comum após um treino, quanto uma sensação forte e inesperada o bastante para ser compreendida como um indicador de lesão fisicamente limitante. Essas diferentes formas de doer teriam a mesma natureza, diferenciando-se entre si apenas por distintas gradações? Em outras palavras, existe a *Dor*, no singular, como algo dado na natureza, que varia em intensidade de acordo com o estímulo a que o corpo é submetido?

Em *Story of Pain*, Joanna Bourke (2014) parte do princípio de que dor é aquilo que sente a pessoa que reivindica para si essa sensação, ou seja, qualquer pessoa que alega estar “com dor” sente dor, compreendendo o doer como o encontro pessoal e único com um sofrimento. Trata-se, em sua leitura, de uma condição auto atribuída, ainda que, no entanto, se precise levar em conta chancelas sociais do que venha a ser dor, para que esta tenha reconhecimento público. Inspirada pelos jogos de linguagem de Wittgenstein, Bourke considera as emoções em termos de práticas culturais altamente dinâmicas e defende a ideia de que o *ser-em-dor* requer um momento de consciência do sofredor e/ou da testemunha. Partindo desse ponto, a historiadora entende que “dor” não descreve o que é experimentado, mas sim a maneira como experimentamos algo.

Por caminhos distintos, em certo sentido a posição da historiadora mostra-se em consonância com a assumida pela Associação Internacional de Estudos da Dor (International Association for the Study of Pain – IASP) – uma instituição formada por cientistas, profissionais de saúde e profissionais de políticas públicas com o objetivo de estimular pesquisas sobre dor para expandir as políticas de alívio da dor pelo mundo –, que define dor de maneira multifatorial e relacional, sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos”. Em nota complementar à definição, a IASP esclarece que a dor é subjetiva e relacional, uma experiência emocional que não está necessariamente ligada a um estímulo que cause ou possa causar danos aos tecidos.

Bourke propõe a compreensão da dor como um “tipo-de-evento” (*type-of-event*). Compreender o estar-em-dor como um tipo-de-evento permite-nos perceber que tal estado não emerge exclusivamente dos processos fisiológicos – ainda que tais processos tenham grande importância –, mas também na negociação com mundos sociais e culturais. Tal abordagem evita que haja a reificação da dor como uma entidade ou uma coisa monolítica, identificável e independente. Essa perspectiva também aponta o aspecto avaliativo do estar-em-dor, no sentido de que só existe em termos de significado e avaliação. Sob a concepção de um tipo-de-evento, a dor é considerada uma atividade. As pessoas doem de maneiras diversas, uma vez que se dói em diferentes contextos ambientais e relacionais. Doer, esta é a perspectiva na qual me embaso aqui, é sempre contextual. Dessa

forma, estímulos nociceptivos podem levar a expressões de sofrimento ou de prazer, como o contraste proposto nos exemplos dados por Bourke (2014: 30) do castigo corporal e do masoquismo.

Pain may be rendered significant because it is unpleasant but there is no phenomenological state that is in and of itself 'bad', as any zealous saint or (indeed) keen sadomasochist will tell you. Again, this is not to deny that sensations may be important, but they tell only part of the story and, in many instances, a minor part.

As formas de estar-em-dor envolvem processos linguísticos, ambientais, agentes e relações complexas com outros corpos. E, de acordo com Bourke (2014), só pode ser entendida enquanto um 'estar em dor', ou seja, sua compreensão se dá em relação à maneira como afeta o estado de ser das pessoas. A historiadora não nega, ao contrário, ela reafirma a importância da natureza sensorial da dor ("after all, pain is 'what hurts'" [BOURKE, 2014: 29]), mas refuta a ideia de que a sensação dolorosa se resume à resposta a um estímulo sensorial. Doer pode, então, ser mais a repercussão de uma resposta ao evento do que um efeito sensorial em si. Existe uma construção na dor que permite com que situações que pareçam dolorosas não sejam exatamente dolorosas, da mesma forma com que situações que não pareçam dolorosas sejam extremamente dolorosas em certos contextos.

Não existe um corpo natural e pré-cultural aguardando inscrições sociais, corpos são agentes ativos na criação de mundos sociais, ao mesmo tempo em que são criados por esses mundos, uma ideia já demonstrada de forma exaustiva pelo campo da antropologia do corpo (MAUSS, 1974; CSORDAS, 2008; LE BRETON, 2010). Da mesma forma, dor não deve ser compreendida como uma entidade exclusivamente natural.

Como defende Bourke (2014), as interações sociais e ambientais, comportamentos culturais e sistemas de linguagem não são entidades independentes umas das outras, mas sim existem em relação às outras. A saúde e a doença não são eventos isolados, tampouco de uma estrita manifestação da natureza, mas sim do produto da interação entre a mente e os corpos individual, social e político. Em outras palavras, uma forma de comunicação, a "linguagem dos órgãos" falada simultaneamente pela natureza, a sociedade e a cultura.

Estar-em-dor não é diferente de outras práticas do eu: os componentes cognitivos, perceptivos, emocionais, avaliativos e sensuais da pessoa estão bastante entrelaçados. Dessa forma, o modelo proposto por Bourke em sua história da dor supera as dicotomias entre dor física e sofrimento mental. Estudos em neurociências compartilham dessa visão e vêm defendendo que os mesmos centros cerebrais que processam a dor corporal também são ativados com sofrimento emocional. A dor psicológica ou mental sempre envolve eventos físicos – neuroquímicos, musculares e nervosos, entre outros. O sofrimento psíquico pode ser doloroso e fenomenologicamente parecido com a dor física, devendo, portanto, ser classificado da mesma maneira (BIRO, 2010). A dor física, em contrapartida, provoca um desvio do curso esperado da vida da pessoa, interrompendo de maneira menos ou mais marcante as biografias (BURRY, 1982). No mesmo sentido:

a experiência de uma ruptura das formas e funções regulares da pessoa, implica necessariamente o 'sofrimento', quer se o entenda no sentido 'físico' mais estrito, quer se o entenda no sentido 'moral', abrangente (...) e que engloba, inclui, o sentido físico. (DUARTE, 1998: 13)

Nos termos da autora, “The body is mind-ful and the mind is embodied” (BOURKE, 2014: 41). Ao borrar as fronteiras entre corpo e mente, borram-se também as fronteiras entre dor e sofrimento.

Ultramaratonas

Ultramaratonas nunca são chamadas de competição, mas sim de “prova” ou “desafio”. Aquele que a completa dentro do tempo previsto é “*finisher*”; quem desiste da prova a abandona porque “quebrou”. Um atleta pode “quebrar na mente” ou “no corpo”: se ele acredita que as dores sentidas o impedirão de permanecer no percurso, mas seus pares – ou até mesmo ele, posteriormente – creem que existem condições de seguir na prova, diz-se que “quebrou na mente”; já a ideia de “quebrar no corpo” é acionada quando alguma lesão ou episódio de desidratação é irreversível naquele momento, conferindo risco de vida ou de sequelas permanentes ao “ultra”, diminutivo usado com frequências por atletas.

É comum, mas não obrigatório, que ultramaratonistas corram assessorados por uma equipe de apoio, formadas geralmente por amigos também ultramaratonistas e familiares do atleta, além de profissionais de saúde, geralmente fisioterapeutas ou educadores físicos. Aqueles que prescindem de apoio são chamados “*survivor*” e devem contar apenas com a ajuda da organização do evento.

As ultramaratonas não compreendem um grupo social homogêneo, tendo entre seus adeptos pedreiros e grandes empresários; isso não significa que se trate de uma modalidade absolutamente democrática, já que as diferenças podem aparecer em diversos mecanismos de distinção. Tal diversidade pode ser percebida pelo tipo de equipamento utilizado, com maior presença de equipamentos eletrônicos (GPS, *smartwatches* e frequencímetros, por exemplo) e de estrutura de equipe de apoio (carros 4x4, tendas para descanso, acessórios para cozinha), mas não se configura como algo predominante e hegemônico, uma vez que é muito comum que os participantes de menor poder aquisitivo recebam ajuda de diversas fontes – desde ultramaratonistas de classes mais altas até parentes, amigos e pequenos comerciantes que admiram seus feitos. De toda forma, a disparidade na qualidade dos equipamentos não se evidencia como fator de distinção entre os participantes durante a prova em si, período compreendido entre a largada e a linha de chegada. De maneira semelhante aos fisiculturistas estudados por Sabino e Luz (2014), os atletas de classes sociais mais altas tendem a possuir mais equipamentos eletrônicos do que aqueles de classes mais baixas. Isso não se apresenta como uma regra geral e, como dito anteriormente, também não causa distinções entre eles quando estão em prova, afinal “quem tem talento, não precisa de equipamento”. Essa frase é comum entre muitos atletas amadores de esportes de alta performance e traz em si a ideia de que o principal instrumento daquele atleta é ele mesmo.

Instrumentos internos e instrumentos externos

No que tange aos usos do corpo no esporte (BOURDIEU, 1983), a ultramaratona não prescinde de instrumentos. Os tênis são o principal instrumento do corredor, mas existem também os equipamentos que a organização de cada prova solicita aos seus participantes, como mochila de hidratação, apito e manta térmica, entre outros itens que compõem os instrumentos de uso externo. Além dos instrumentos de uso externo, também existem os instrumentos de uso interno, como medicamentos analgésicos, bebidas isotônicas e suplementos alimentares

de diversos tipos, como carboidratos em gel, *shakes* de proteína, cápsulas de sal ou de cafeína, utilizados com frequência por ultramaratonistas durante uma prova.

Ao tratar sobre o que opto por chamar aqui de instrumentos internos, é importante ressaltar que as provas de ultramaratona não possuem política ou testagem antidoping. As estratégias e técnicas para o uso de substâncias lícitas ou ilícitas é compartilhado publicamente entre os atletas. O conhecimento e a troca pública sobre os usos dos instrumentos internos pode ser o fator que torna o uso de substâncias como a cafeína, proibida em algumas modalidades, um instrumento de uso corriqueiro entre os ultras. Afinal, a ideia de injustiça do doping é também baseada no desconhecimento de outros atletas acerca das substâncias utilizadas e utilizáveis, o que geraria uma inequidade nas condições competitivas entre os atletas (CONRAD, 2007).

Há também a ideia de que provas de corrida como estas expõem o corpo a uma atividade de intensidade superior ao que seria saudável. Os instrumentos internos passam a ser consumidos com o objetivo de restaurar a homeostase do corpo durante a prova. A cafeína, por exemplo, seja consumida em cápsulas ou em copos de café preto, é entendida como um ponto de apoio necessário para provas mais longas, quando a noite ou próprio cansaço trazem o sono, condição indesejável no momento da prova. Ainda que cientes do discurso médico sobre a necessidade de dormir cerca de oito horas por dia, muitos atletas passam 24 horas ou mais acordados para completarem suas corridas. A cafeína seria, então, capaz de restaurar o funcionamento regular do corpo quando em estado de alerta. A substância, como os demais instrumentos internos, não o faria ir além de suas condições regulares em estado de alerta, ela apenas serviria para restaurar esse estado nos momentos em que o corpo parece rebelar-se contra os objetivos traçados pelo indivíduo. Os instrumentos internos não atuam como uma forma de aprimoramento para além do que consideram o funcionamento regular do corpo humano, tampouco são de uso secreto ou clandestino. Desse modo, não são classificados como doping, atividade carregada de moralidade negativa, compreendida por grande parte do meio esportivo como uma enganação aos seus pares e a si mesmo (MØLLER, 2008; HENNING, 2014; MORAES et al, 2015).

Prazer em correr

As histórias ouvidas sobre como ultramaratonistas começaram a correr costumam envolver motivos como estética e saúde. E existe de fato uma relação entre adesão ao exercício físico e a busca por um ideal de saúde ou de aparência física, a construção de um projeto estético de si. De acordo com Ortega (2005), essa procura está ligada à bio-ascese, ou seja, ao deslocamento de uma subjetividade a outra centrado na disciplina do corpo como ponto central do estilo de vida do sujeito.

Segundo Deborah Lupton (2000), nas culturas ocidentalizadas o estilo de vida tem um significado positivo, ligado à individualidade do sujeito, ao projeto estético de si mesmo e atua como um dos principais recursos na construção de sua subjetividade. Assim, pode-se compreender a adesão ao estilo de vida ativo não apenas como a expressão de um comprometimento com a própria saúde, mas sim (ou também) com determinados valores estéticos e outras moralidades associadas à atividade física.

Se os ultramaratonistas contam que se iniciaram na corrida por questões de saúde ou para perder massa gorda, sua evolução para ultramaratonas nunca está

associada a essa busca. Os dados desta pesquisa apontam para motivações para além do sacrifício e de uma ascese corporal. Existem dois aspectos primordiais na escolha da ultramaratona como modalidade esportiva que dialogam de forma peculiar com as concepções nativas de dor: a busca pelo desenvolvimento da força mental e o prazer.

A ideia de superação e de força mental associada à identidade do ultramaratonista parece levar o sujeito, a cada prova, a uma percepção de si como mais forte e capaz de lidar com os desafios da vida cotidiana. Neste sentido, dialoga com a relação que Lupton constrói entre estilo de vida, saúde e prática esportiva. Ao mesmo tempo, parece impor um constante ritual de passagem aos sujeitos, que se socializam enquanto ultramaratonistas em etapas, marcas de novos desafios vencidos que podem inclusive se inscrever no corpo através de tatuagens.

Entretanto, conceitos como o de bio-ascese (ORTEGA, 2005) não dão conta plenamente da adesão a exercícios físicos porque negam um aspecto importante: o prazer. É importante notar que o esporte hoje é uma das principais formas de lazer e fontes de prazer. Para compreender como ocorre a oposição prazer-sofrimento, faz-se necessária uma análise do esporte como produtor de prazer.

O “dispositivo da sensibilidade”, desenvolvido por Duarte (1999: 25), oferece uma chave teórica adequada para começar a pensar a dimensão do prazer no esporte. No “dispositivo da sensibilidade”, os “sentidos estão tanto na raiz da razão como na da ‘imaginação’ ou das ‘emoções’ e ‘paixões’”. Três elementos estruturam-se no dispositivo da sensibilidade: a perfectibilidade, a experiência e o fisicalismo. A perfectibilidade é a ideia de que o sujeito pode aperfeiçoar-se continuamente, não havendo limites para seu progresso e suas transformações. Esse progresso só se dá a partir da experiência. É através de seus sentidos que o indivíduo entra em contato com o mundo exterior e, a partir de suas experiências, faz germinar em si o aprimoramento da razão. A experiência, o contato com o que “está fora” ocorre a partir de um corpo destacado do espírito, que possui uma lógica própria passível de ser desvendada, que Duarte (1999: 25) defende como constituindo “a consideração da corporalidade em si, como dimensão autoexplicativa do humano, que se pode chamar propriamente de fisicalismo”. Maximizar a vida e otimizar o corpo estruturam-se no e são estruturadas pelo dispositivo da sensibilidade e nele assumem sentidos opostos: a maximização da vida e a otimização do corpo concentradas na intensidade imediata ou concentradas na continuidade máxima.

A intensidade constrói-se junto às ideias de singularidade e de experiência, sob o ideário romântico que permeia as sociedades ocidentais. “Cada momento de um ente ou da dimensão de um fenômeno tem sua própria intensidade, incomparável com as que se expressam em outros tempos e espaços” (DUARTE, 2004: 10). Correr para extrair de cada dia o máximo de prazer que puder é o que muitos ultramaratonistas parecem buscar. A concepção de “viver a vida ao máximo” liga-se diretamente à ideia de prazer e essa é uma dimensão importante para o salto de maratonista a ultramaratonista. Marcio Villar (2015: 21) narra essa transição, dizendo que “correr para mim já não era somente uma forma de permanecer magro, era algo que me fazia bem, me dava prazer”.

Do mesmo modo, é bastante frequente ouvir ultramaratonistas localizarem a partir de quantos quilômetros deixam de sentir o incômodo comum da adaptação do corpo ao exercício para atingir o prazer que buscam nessa atividade, é o momento em que “entram na prova” ou o período em que “estão na prova”. Quando precisam, por algum problema de saúde, suspender as atividades de corrida, mos-

tram-se preocupados por não poderem sentir o que “precisavam sentir”. O aspecto do prazer aparece no discurso dos ultramaratonistas entrevistados como o principal motivo para se manter nessa atividade: “*só faço porque a ultra é prazerosa*”; “*independente da distância, de tudo que eu sofra, o êxtase de uma corrida me leva ao extremo de felicidade*”; “*eu sempre até me emociono quando eu tô numa prova, é gratificante demais. Eu acho que superar o limite, não sei, é prazer maior meu mesmo*”.

O que se precisa sentir, a “sensação boa”, o prazer, as emoções ligadas à prática esportiva podem ser bem compreendidas a partir da obra de Norbert Elias e Eric Dunning (1992). Os autores apresentam uma visão da prática esportiva ligada às emoções que elas provocam, admitindo a possibilidade de haver fatores biológicos que influenciam a busca por tais emoções. O esporte pode ser definido como uma competição entre pessoas, que ocorre em caráter individual ou coletivo, realizada de diversas maneiras, mas que mantém a característica principal de confronto e busca de superação. A regulamentação dos jogos, que dá origem ao que conhecemos hoje como esporte, é explicada através da chave analítica do processo civilizador, ocorrido nas sociedades industriais mais complexas, que aumentou tanto o controle social quanto o autodomínio da excitação exagerada. Com a consolidação do Estado moderno, a maioria dos indivíduos passou a nutrir valores mais pacíficos, rejeitando comportamentos tidos como animais. Do adulto civilizado espera-se o autodomínio da própria excitação. Acontece, então, “a mudança de ênfase, do desejo de vencer um confronto para a aspiração à vivência da agradável excitação prolongada do confronto” (ELIAS e DUNNING, 1992: 256).

Capaz de provocar uma gama de sentimentos geralmente reprimidos, como a raiva, o medo e a paixão, o esporte, todavia, o faz de modo não ameaçador à ordem civilizada. As emoções fortes e exageradas ocorrem em ambientes controlados, em que tais sentimentos são permitidos e previstos. Extravasam-se as tensões cotidianas nas atividades de lazer, em um efeito catártico restaurador, através de uma “perturbação temporária e passageira da excitação agradável” (ELIAS e DUNNING, 1992: 138). No esporte, o indivíduo tem a sensação de risco presente na hiperexcitação, mas toda a experiência é mais ou menos regulada de acordo com as normas sociais vigentes.

A prática esportiva assume, então, um caráter compensatório, que permite um alívio na vida social ordinária. Alívio porque evoca um tipo especial de tensão e excitação prazerosa, que permite o fluxo de sentimentos aparentemente contraditórios – em ambientes controlados e socialmente aceitos. A busca pela excitação é um traço comum em nossa sociedade. Esse anseio desaparece depois de saciado, mas torna a voltar de tempos em tempos. Elias e Dunning (1992) entendem que tal necessidade possa ter raízes biológicas, mas não a admitem como um fenômeno puro da biologia.

Corpo-mente

As categorias “prova” e “desafio”, mais comuns no universo da ultramaratona, em detrimento de “competição”, para se referir aos eventos da modalidade, apontam para o caráter de duelo consigo e não com o outro. Da forma como os ultramaratonistas compreendem a relação entre o atleta e a prática esportiva, a cosmologia da modalidade, há um embate entre sua mente e seu corpo. Em busca da vitória da mente, lança-se em momentos de introspecção durante a prova. Para os ultramaratonistas, o êxito em uma prova está mais na força mental do que na

capacidade física. Não que os treinamentos físicos não sejam importantes: eles são vistos como necessários e são executados por todos os participantes. Mas a essência de um ultramaratonista, defendem os sujeitos desta pesquisa, está em sua capacidade de dominar a mente para, então, dominar o corpo e cumprir a meta traçada. Isso vale para a condição atlética do sujeito, mas também para a sua lida com as inevitáveis dores que provas tão demandantes costumam gerar. No mundo das ultramaratonas, a relação mente-corpo é colocada de forma que a mente seja englobante do corpo, ela pode dominá-lo e definir até onde ele é capaz de ir.

O corpo obedece, nesta cosmologia, aos desígnios da mente, distinguindo-se os dois não como entidades de igual valor, mas sim como englobado e englobante. Essa perspectiva de análise, que pressupõe um englobado e um englobante, deriva da “teoria das hierarquias”, cunhada por Duarte (1986) a partir do exame pormenorizado que faz da obra do antropólogo francês Louis Dumont. A “teoria das hierarquias” trata da universalidade da oposição hierárquica nas classificações, que é permeada por ideias de “valor”, “situação” e “nível”. Apresenta três postulados básicos: (1) a lógica classificatória não obedece a uma disposição linear, mas preponderantemente a uma lógica hierárquica. Dessa forma, as classificações são permeadas pela ideia de valor, refletindo um universo bidimensional, com planos de significação e espessuras diversos; (2) a bi dimensionalidade do modelo expressa a existência de um nível superior e outro inferior. Um nível englobante, em que existe uma unidade dos termos, e outro englobado, onde ocorre a distinção e a contradição; (3) por fim, a totalidade vista como unidade mínima, propiciando inversões hierárquicas de acordo com a situação.

No caso do par de oposição mente-corpo no universo dos ultramaratonistas, a “mente” aparece no discurso como englobante do “corpo”, o que se pode perceber no frequente uso de expressões como “cabeça forte”, “mente forte” em oposição a “cabeça fraca”, “mente fraca” para se referir à capacidade do atleta de domar seu corpo. Se a dor é um “instrumento mnemônico eficaz que, antes de qualquer coisa, não nos faz esquecer (...) da existência do corpo” (VARGAS, 1998: 130), é preciso que o atleta transcenda o sofrimento e, por conseguinte, o corpo através da força de sua “mente”. Um ultramaratonista é essencialmente alguém de “mente forte”, que consegue direcionar a mente para a superação de todo sofrimento imposto ao corpo pelas longas distâncias percorridas em uma prova.

A identidade de um ultramaratonista passa diretamente por essa característica: provar que a força da mente é maior do que a incerteza do corpo. Entretanto, há momentos em que o corpo coloca limitações intransponíveis, como um pé fraturado ou uma desidratação profunda. Distinguem-se os limites intransponíveis do corpo daqueles que devem ser ignorados e superados pela mente por meio de uma diferenciação entre atletas já estabelecidos como ultramaratonistas e aqueles que ainda não são estabelecidos como tal. Aqueles estabelecidos como ultramaratonistas podem não terminar uma prova por “cabeça”, e ainda assim não terão sua identidade de ultramaratonista posta em xeque. Tampouco quando “quebram no corpo”, não são julgados por mau condicionamento ou pouco treinamento, mas sim por algo mais forte que realmente o impede de seguir. Dessa maneira, o status do atleta no esporte influencia diretamente sobre a forma como ele pode se movimentar nas desistências e como ele será avaliado pelos seus pares.

Evitação da dor

O aprendizado das maneiras de doer em uma prova acontece principalmente na relação com ultramaratonistas mais experientes. As práticas e saberes são transmitidas também pelos silêncios. Da mesma forma que os fisiculturistas estudados por Sabino e Luz (2014), os ultramaratonistas desenvolvem sua percepção de estar-em-dor a partir de um saber corporal e prático adquirido através de conversas entre si e da observação da performance social dos mais antigos ou bem-sucedidos. A legitimidade de doer é definida pelo grupo social.

O acionamento de estratégias para a evitação da dor também é parcialmente aprendido no contato com outros ultramaratonistas, estando ligado ao conhecimento das necessidades do próprio corpo e dos saberes médicos que as envolvem. Há diferentes estratégias para vencer o sofrimento e elas requerem não somente um domínio de saberes médicos, saberes “do papel” (WACQUANT, 2002), mas também de saberes práticos, que se sobrepõem. É somente na prática que se aprende, por exemplo, o melhor momento para evitar ou tratar bolhas nos pés e as formas de fazer isso, se através do uso de vaselina nos pés, absorventes femininos dentro dos tênis ou de drenagem de bolhas com linha e agulha. E essa prática se desenrola nos encontros com demais ultramaratonistas, ou seja, é um saber adquirido individualmente no interior da coletividade de ultramaratonistas, que só pode ser consolidado de forma prática e coletiva.

O uso de substâncias, alongamentos e massagens e lembrar-se de familiares ou de causas filantrópicas são exemplos de técnicas de superação da dor observados na prova etnografada, o que aponta para uma dinâmica física e moral desta superação.

As substâncias são utilizadas de acordo com o efeito pretendido e podem ser ingeridas de diferentes formas, sendo reclassificadas e resinificadas em relação à prática da ultramaratona: comprimidos de analgésico ou relaxante muscular, para evitar ou combater dores musculares; carboidratos em gel ou rapadura são usados para “dar mais energia”; cápsulas de cafeína ou copos de café evitam a fadiga e afastam o sono; cápsulas de sal ou alimentos salgados são usados para evitar desidratação, da mesma maneira que os “sorinhos” e a ingestão de água e de bebidas isotônicas formuladas para esportistas; refrigerantes de cola ou fazer uma refeição completa, como o almoço, podem ser usados para combater ou prevenir enjoos. Alongamento e massagens também atuam diretamente no físico do ultramaratonista. Já as lembranças da família, principalmente de filhos, e de causas filantrópicas pelas quais se comprometeram a correr auxiliam na concentração no objetivo de atingir a linha de chegada. Nenhuma das três técnicas apresentadas, entretanto, deve ser compreendida como exclusivamente física ou exclusivamente mental. Como dito anteriormente, as dimensões que compõem o doer estão imbricadas e não são facilmente desconectadas umas das outras. Além disso, as técnicas só atingem o efeito esperado quando utilizadas sob uma estratégia que é aprendida na relação com outros ultramaratonistas, mas que só é eficiente quando o ultramaratonista tem o conhecimento de seu corpo, dos limites que pode ultrapassar e dos momentos em que deve lançar mão das técnicas aprendidas. O conhecimento de seu corpo pertence à sua mente, é a força mental bem apurada que é capaz de reconhecer o momento de seguir, de usar determinada técnica ou de parar e desistir daquela prova.

Não apenas as técnicas e estratégias de superação do estar-em-dor são construídas e aprendidas no coletivo de ultramaratonistas e na interação com infor-

mações e profissionais de saúde, mas o próprio doer é aprendido dentro do coletivo. É o grupo social quem determina a legitimidade de seus sofrimentos. Assim, o ultramaratonista desenvolve classificações sensoriais, através de sua prática e do contato com outros ultramaratonistas e profissionais do esporte, que o informam sobre sua gravidade, se é necessário parar, seguir com ajuda de artifícios ou simplesmente seguir.

Dor-prazer

Com os momentos de introspecção nas provas, vai-se resolvendo “*um monte de problema na cabeça*”. Como a análise feita por Le Breton (2010) sobre as esgarificações infringidas ao próprio corpo por adolescentes, há um sentido de contenção, de controle do sofrimento emocional através da dor autoinfligida. Ao promover em si mesmo uma dor cujo fim o adolescente tem como prever, ele tem a sensação de poder controlar o sofrimento emocional a que está submetido. “Ferir-se para estar menos ferido. Ela opõe a dor ao sofrimento, a lesão física à lesão moral” (LE BRETON, 2010: 36). De modo semelhante, ultramaratonistas creem que sofrimentos emocionais, podem ser suplantados pela dor e prazer suscitados pelos tantos quilômetros de uma prova.

O desejo de superação e de atingir a excitação e o prazer almejado justapõe-se ao sofrimento que seus praticantes atravessam durante as provas. E o jogo é justamente superar a própria sensação dolorosa para atingir o prazer do percurso e a linha de chegada. Dessa forma, a dor não apenas opõe-se ao prazer, mas ela é necessária para que se atinja o prazer em ser um ultramaratonista.

Dispositivo da dor

Superar o sofrimento imposto por uma distância extremamente longa em terrenos desnivelados torna um corredor ultramaratonista. Se não há sofrimento, não há o que superar. Sem o sofrimento, não existe o prazer de vencê-lo. Quanto mais difícil ou “dura” é a prova, maior o valor que é conferida a ela e maior o status do ultramaratonista que a completou. Dessa maneira, a relação com o doer não se resume à evitação, mas também à sua incitação. Essa dupla relação com o doer pode ser delineada no que aqui chamamos “dispositivo da dor”. Nos moldes do que Foucault (2000) tratou como dispositivo, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2000: 244).

Se, por um lado, busca-se evitar e superar o doer, por outro lado, busca-se o doer para então evitá-lo e superá-lo. Dessa maneira, lançam mão de técnicas como, por exemplo, o uso de medicamentos analgésicos momentos antes da largada, que atua não sobre uma dor sentida, mas sim sobre a possibilidade de doer. Em contrapartida, “o fácil não tem graça”, como costumam dizer os ultramaratonistas, sem a exposição ao sofrimento não existe desafio a ser vencido, não há nada a ser superado, não se constrói a identidade de ultramaratonista.

Considerações finais

Não apenas pela sua extensão em quilômetros que as ultramaratonas envolvem o doer, mas também porque a superação desse doer é necessária para a construção da identidade do ultramaratonista. Uma prova que não doa não é suficiente para um atleta tornar-se ultramaratonista, ou seja, alguém capaz de gerenciar o corpo através do controle da própria mente para concluir toda a distância a que se propôs. Há nessas provas não apenas o *endurance* físico, mas também *endurance* moral, que se constrói sobre a oposição dor-prazer e corpo-mente. Assim, ultramaratonistas aprendem com seus pares e profissionais de saúde como doer e como vencer o estar-em-dor participando do jogo de evitação e incitação que compõem o dispositivo da dor nesse esporte.

Recebido em 28 de julho de 2019.

Aprovado em 24 de novembro de 2019.

Referências

- BIRO, David. Is There Such a Thing as Psychological Pain? and Why It Matters. *Culture Medicine and Psychiatry*, 34 (4): 658–667, 2010.
- BOURDIEU, Pierre. *Economia das trocas linguísticas*. São Paulo: Edusp, 2008.
- BOURDIEU, Pierre. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BOURKE, Joanna. *The Story of Pain: From Prayer to Painkillers*. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CSORDAS, Thomas. *Corpo/Significado/Cultura*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2008.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. A pulsão romântica e as ciências humanas no Ocidente. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19 (55): 5-18, 2004.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução”. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. pp. 9-27.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. “O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna”. In: HEILBORN, Maria Luiza

(org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. pp. 21-30.

ELIAS, Norbert; DUNNING, Eric. *A Busca da Excitação*. Lisboa: Difel, 1992.

FOUCAULT, Michel. “Sobre a História da sexualidade”. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. pp. 243-27.

HANOLD, Maylon. Beyond the marathon: (des)construction of female ultrarunning bodies. *Sociology of Sport Journal*, 27 (2): 160-177, 2010.

HENNING, April. *Run for Health: Health(ization), Supplements, and Doping in Non-Elite Road Running*. Dissertação (Mestrado em Sociologia). University of New York, Nova Iorque, 2014. 188f.

LE BRETON, David. *A Sociologia do Corpo*. Rio de Janeiro, Vozes, 2010.

LE BRETON, David. Escarificações na adolescência; uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16 (33): 25-40, 2010.

LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação e Realidade*; 25(2): 15-48, 2000.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. v. 2. São Paulo: EDU/EDUSP, 1974.

MØLLER, Verner. *The doping devil*. Helsinki: Books on Demand, 2008.

MORAES, Danielle; CASTIEL, Luis David; RIBEIRO, Ana Paula Alves. “Não” para jovens bombados, “sim” para velhos empinados: o discurso sobre anabolizantes e saúde em artigos da área biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (6): 1131-1140, 2015.

ORTEGA, Francisco. “Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo”. In: RAGO, M; ORLANDI, L. B. L; VEIGA-NETO, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. pp. 139-73.

SABINO, Cesar; LUZ, Madel. Forma da dor e dor da forma: significado e função da dor física entre praticantes de bodybuilding em academias de musculação do Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 24 (2): 467-490, 2014.

VARGAS, Eduardo Viana. “Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais”. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. pp. 121-36.

VILLAR, Marcio. *Desafiando Limites*. Rio de Janeiro: Gaffa Mkt, 2015.

WACQUANT, Loic. *Corpo e Alma: Notas Etnográficas de um Aprendiz de Boxe*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

O Corpo Insone (C.I.): do sono como dispositivo, da insônia como *gestus*

Potyguara Alencar dos Santos¹
Carolline Rocha Parente de Pinho²
Mônica da Silva Araújo³
Universidade Federal do Piauí

Resumo: No artigo, entremamos o assunto dos “distúrbios do sono” entre dois paradigmas: aquele que escrutina as *epistemes* médicas e suas ansiedades de época inspirado nas formulações foucaultianas e aquele de uma “antropologia subtrativa” que pense os *gestus* volitivos de “desaparecer de si” dos Corpos Insones (C. I.). Quem são os formuladores contemporâneos das intervenções prático-conceituais contra o “problema da insônia” e como os próprios insones, desde seus mundos da vida em claro refletidos, leem a insistência noturna dos seus estados de vigília? O contraponto entre conhecimento médico e experiências socio-subjetivas significadas é feito pela aproximação dos conteúdos técnicos produzidos pelos corpos clínicos do Laboratório do Sono da Universidade de São Paulo (Incor/USP) e do Instituto do Sono de um lado e, do outro, as expressões de três biografias que tentaram significar suas vivências de noites em claro ante o nosso coletivo de pesquisadores.

Palavras-chave: insônia; positividade biopolítica; mundos da vida; antropologia subtrativa.

¹ Possui doutorado e mestrado em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB). Foi secretário do Laboratório de Estudos da Globalização e do Desenvolvimento (LEG - UnB) e membro do Laboratório e Grupo de Estudos em Relações Interétnicas (LAGERI - UnB). Atualmente é pesquisador PNPd/Capes do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Piauí (PPGAnt/UFPI).

² Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Integral Diferencial-FACID (2016). Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I-Miguel Alves-PI) desde 2016. Especialista em Docência do Ensino Superior (2016). É mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Piauí (PPGAnt/UFPI).

³ Possui graduação em História pela Universidade Federal Fluminense (1998), mestrado em História Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002), doutorado em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (PPGAS/UFRJ, 2011) e Pós-Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba. Professora Adjunta I do Departamento de Ciências Sociais (UFPI) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGAnt-UFPI).

The Insomnia Body (I. B.): from sleep as a device, from insomnia as a *gestus*

Abstract: In the article, we interweave the subject of “sleep disturbances” between two paradigms: the one that scrutinizes medical epistemes and their period anxieties inspired by Foucaultian formulations and that of a “subtractive anthropology” that thinks of the volitional gestures of “disappearing from oneself” of the Insomniac Bodies (CI). Who are the contemporary formulators of practical-conceptual interventions against the “problem of insomnia,” and how do the insomniacs themselves, from their clearly reflected worlds of life, read the nocturnal insistence of their waking states? The counterpoint between medical knowledge and meaningful socio-subjective experiences is made by the approximation of the technical contents produced by the clinical bodies of the Sleep Laboratory of the University of São Paulo (Incor / USP) and the Sleep Institute on one side and, on the other, expressions of three biographies that tried to signify their experiences of clear nights before our collective of researchers.

Keywords: insomnia; biopolitical positivity; worlds of life; subtractive anthropology.

El cuerpo del insomnio (C.I.): del sueño como dispositivo, del insomnio como gesto

Resumen: En el artículo, entrelazamos el tema de las “alteraciones del sueño” entre dos paradigmas: el que analiza los epistemas médicos y sus ansiedades menstruales inspiradas en las formulaciones foucaultianas y el de una “antropología sustractiva” que piensa en los gestos volitivos de “desaparecer de uno mismo” de los cuerpos insomnes (CI). ¿Quiénes son los formuladores contemporáneos de intervenciones prácticas-conceptuales contra el “problema del insomnio” y cómo los mismos insomnes, desde sus mundos de vida claramente reflejados, leen la insistencia nocturna de sus estados de vigilia? El contrapunto entre el conocimiento médico y las experiencias socio-subjetivas significativas se realiza mediante la aproximación de los contenidos técnicos producidos por los órganos clínicos del Laboratorio del Sueño de la Universidad de São Paulo (Incor / USP) y el Instituto del Sueño por un lado y, por el otro, expresiones de tres biografías que intentaron significar sus experiencias de noches despejadas ante nuestro colectivo de investigadores.

Palabras clave: insomnio; positividad biopolítica; mundos de la vida; antropología sustractiva.

(...) mesmo se você conseguisse adormecer tão profundamente que nenhum choque, nenhum chamado, nenhuma queimação pudesse despertá-lo, ainda haveria aquele olho, seu olho, que nunca se fecha, que nunca adormece.

Georges PEREC, *Un homme qui dort* (1967: 117, tradução nossa)

Se formos ver pela nossa definição de saúde e doença, segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é o bem-estar físico, mental, espiritual e mais alguma outra coisa. Se eu perguntar aqui quem tem tudo isso ao mesmo tempo, ninguém vai levantar a mão. Então, como nós temos uma visão muito idealizada de saúde, todo mundo fica o quê? Doente. Então, a gente tem uma visão naturalmente errada: então todo mundo tá doente, todo mundo deprimido, pressão alta, refluxos.

Prof. Dr. Geraldo LORENZI-FILHO,

Médico Pneumologista especialista em Medicina do Sono,
representante do Laboratório do Sono (Incor/USP)⁴

Nosso projeto de reflexão tem sua necessária origem na aproximação de duas proposições de pesquisa, algo que pode ser lido como uma problematização feita pela regência de duas questões: pergunta-se, em um primeiro plano, quais são as intervenções médicas e terapêuticas mais comuns que discernem e interpretam os motivos para os chamados “problemas contemporâneos com o sono” – de cujo fenômeno resultante mais conhecido e divulgado é a insônia –, e, em um segundo momento, indaga quais são os *gestus* centrados nas interpretações dos “mundos da vida” (*life-worlds*) dos indivíduos insones –, claro, interpretações essas feitas por eles sobre suas próprias experiências de “noites em claro” (SCHÜTZ e LUCKMANN, 1972; SCHÜTZ, 1979) –, que resultaria na manifestação rotineira de manter um corpo em vigília.

Em diante da segunda ordem de problematização da qual lançamos mão, a hipótese de valor contraintuitivo que pomos à mostra é a de que o Corpo Insone (C.I.) mais do que não conseguir dormir, de alguma forma “não o quer, assim não o deseja”. O porquê de esses indivíduos acometidos pela insônia aparentemente não querem entregar seus corpos ao sono ritual, socialmente prescrito e organicamente reparador do final do dia ganha uma resposta no contínuo do texto, quando questionamos se tal atitude ativa de não dormir não poderia estar relacionada àquilo que David Le Breton qualificou como um *gestus* programado de “desaparecer de si” (LE BRETON, 2018) e que filósofo brasileiro Vladimir Safatle chamou, em *Patologias do Social* (2018), de uma “antropologia subtrativa” (SAFATLE, 2018); qual seja: nossas ações furtivas muito contemporâneas de escapar às obrigações dos nossos sujeitos e subjetividades de desempenho – essas geralmente operadas à luz do dia e sob os signo de identidades sociais prepostas (HAN,

⁴ Trecho transcrito da comunicação de título “Tu roncas, eu acordo, ninguém dorme”, realizada no evento TEDx Talks São Paulo Salon (Theme: Futuro da Saúde), em 12 de maio de 2018, Memorial da América Latina, São Paulo (SP).

2015; GAUCHET, 2004) –, se deslocando consciente e inconscientemente na direção da conquista de ociosidades ou vivenciais ocupacionais não laborais ou, no mínimo, não sobredeterminadas por ordenamentos jurídicos e de poder.

Essas duas questões – aquela que indaga sobre a positividade biopolítica do cuidado com o sono e a outra que se pergunta pelas positivities corporais individuais de permanecer em estado de vigília – são postas em diante de duas naturezas de dados apreciados. Nos tópicos seguintes trabalharemos com duas mostras de informações, de cuja justificativa para suas escolhas detalharemos na sequência: produziremos uma leitura do conteúdo dos procedimentos clínicos de três fontes que constituem aquilo que chamamos, em parte inspirados em Foucault (1966), de “*epistemes* do sono”; são elas: algumas produções científicas movimentadas pelo Laboratório do Sono da Universidade de São Paulo (Incor/USP) e pelo Instituto do Sono, que no Brasil são as duas mais conhecidas instituições vertedoras de conhecimentos sobre o assunto. Delas, referenciamos, rastreamos e analisamos excertos de artigos, notícias e seminários que procuram qualificar os fatores que gerariam a insônia e/ou a interrupção de um ideado “sono normal”.

Com a análise intensiva dos conteúdos desse primeiro acúmulo de informações, chamamos a atenção para o adensamento de um campo de especialidades médicas focalizadas na expectativa de realização da “noite perfeita de sono”. Destacamos que tais conhecimentos atuam reforçando um apurado de procedimentos que inspiram a formulação de algo como manuais biomecânicos e ergométricos de cuidados que incidem ativamente sobre o indivíduo e suas responsabilidades com os seus próprios “desligamentos”. Atitude terapêutica que acaba pulsionando obrigações em sujeitos e subjetividades de desempenho já insatisfeitos e/ou frustrados com as realizações das suas trajetórias diurnas, principalmente com os seus projetos laborais; pelos quais já foram, via de regra, neuronal e muscularmente minados.

A segunda concentração de dados diz respeito propriamente ao conteúdo expressivo de três narrativas biográficas, relatos de sujeitos de idades, ocupações laborais e contextos sociais distintos em torno de suas experiências com a insônia. Esses interlocutores foram escolhidos por estarem à procura de tratamentos adequados para os seus casos, tendo sido acessados em coletivos virtuais que acompanham *sites* especializados no assunto e também descobertos entre a rede de amigos e conhecidos dos membros do grupo de pesquisa que assina esta produção.

Os conteúdos expressivos desses interlocutores foram heurísticamente tratados como excertos de “mundos da vida” (*life-worlds*), fluxos de experiências corporais que devem ser compreendidos não apenas como narrativas objetivas sobre suas realidades, mas como experiências refletidas e significadas (SCHÜTZ; LUCKMANN, 1972; SCHÜTZ, 1979). O que acompanharemos com essas falas são como pistas para uma abordagem do fenômeno da insônia que foge e, muitas vezes, constrange a ansiedade clínica pela sua interpretação e “tratamento”. Por essas falas, veremos que a ansiedade pelo desligamento ritual ou medicamentoso dos corpos insones pode encobrir uma ansiedade individual não facilmente declarada, aquela que faz desvelar um *gestus* quase político do sujeito, uma “pura medialidade” disposta entre a insatisfação diária do insone e o seu desejo intenso de outra vida, de outras sensações e vivências que precisam de um par de olhos abertos e fitando um espaço ao final da jornada diária (AGAMBEN, 2008: 34).

O apuro dos diálogos que realizamos também nos inspira a qualificar o que chamamos de Corpo Insone (C.I.), categoria que advém da ideia de que esses

mundos da vida são manifestados não apenas através das razões de um organismo contornado somente pela sua fala. Por meio do trabalho de pesquisa, aduzimos que o conteúdo da recursiva expressiva advém, antes, do próprio corpo e das suas razões sócio-psico-biológicas manifestadas (MAUSS, 2013: 422). Desse modo, quando entrevistamos sujeitos de experiências refletidas, encontramos também relatos de vivências corporais que nos davam pistas na direção da hipótese de que a insônia poderia ser um *gestus* ansioso não por um desligamento, mas pelo desaparecimento de uma subjetividade obrigada pelo “saber dormir para melhor acordar e viver”; ou, como já tratava Zaratustra através da voz autoral de Nietzsche (2018: 18), “não é pouco saber dormir, para isso é preciso aprontar-se durante o dia”.

O Corpo Insone (C.I.): dispositivo e *gestus*

Como todo dispositivo, o Corpo Insone (C.I.) é uma existência corporal física e de ideias pervasivo e abundantemente disputado. Por ele, falam corpos clínicos, terapeutas, vertedores de opiniões publicadas em periódicos, noticiários e livros de grande vendagem. Como se verá mais à frente, também por ele discursam as pessoas em seus atos intensivos de reflexão sobre elas mesmas, suas experiências de vigília.

No geral, a insônia parece se apresentar como um dispositivo com um expressivo potencial de detonar figuras da “ipseidade” humana, ações de individualização de mim a partir do meu distanciamento de um “inconsciente cósmico coletivo” feito de contatos do *self* com o mundo, produzindo aquele estranhamento que “me permite (para a consciência que faço de mim) que eu seja eu, e não outro” (RIBEIRO, 2005: 74). Nesse sentido, a insônia coloca as pessoas a pensarem sobre seus corpos inquietos, ansiosos, a rastreamos as disposições existenciais que os despertam e, a partir de então, a produzirem um disciplinamento feito da guia de muitos conhecimentos que tentam conhecer etiologias e administrar tratamentos para essas individualidades que não conseguem se desligar.

Por vezes, do Corpo Insone (C. I.) são emuladas demandas que surgem, aparentemente, como forças muito singularizantes e individualizantes, o que coloca a vivência física e reflexiva da insônia como um fenômeno através do qual, pela individuação realizada como “forma social” (SIMMEL, 2006), o insone se amolda enquanto indivíduo (MATEUS, 2011): sob os efeitos de um corpo desafiado pela noite em claro, ele consegue dissertar sobre sua trajetória diurna, acredita conseguir discernir os fatores, erros e condições que teriam lhe impedido o desligamento, e, se servindo de tais movimentos, busca ajuda com base em uma aparente consciência da ipseidade, de cujo centro do argumento clínico é o seu próprio corpo individuado e pensado.

Por ser esse complexo de investimentos feito das pessoas sobre elas mesmas (ipseidade) e delas na direção de *épistêmes* de controle de condições clínicas e terapêuticas, concluímos que o C. I. e o fenômeno mais geral da insônia parecem se figurar, antes, como dispositivos:

qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e dos discursos dos seres vivos. (AGAMBEN, 2009: 40)

Desse modo, qualificar a insônia, atribuindo a ela um valor nosológico discernível nos coloca em diante de políticas da subjetividade. A clara referência de inspiração que atilamos é, sim, o projeto intelectual foucaultiano. Chamamos

atenção que são dois os lugares dentro de tal projeto com os quais tentamos consolidar nosso diálogo. Um é aquele que abre à consideração da formação dos campos epistemológicos e do princípio da arqueologia das ideias, algo que tem expressão, entre outros lugares, no conteúdo por trás do título *Les mots et les chose* (1996):

(...) a *epistémê* [ἐπιστήμη] onde os conhecimentos, encarados fora de qualquer critério referente a seu valor racional ou a suas formas objetivas, enraízam sua positividade e manifestam assim uma história que não é a de sua perfeição crescente, mas, antes, a de suas condições de possibilidade; neste relato, o que deve aparecer são, no espaço do saber, as configurações que deram lugar às formas diversas do conhecimento empírico. Mais que de uma história no sentido tradicional da palavra, trata-se de uma “arqueologia”. (FOUCAULT, 1966: 13, tradução nossa)

O outro lugar de tal projeto com o qual formamos um par dialogante é aquele da extensa busca ideacional pelos sentidos da *parresía* [παρρησία]: o pensar sobre si mesmo para melhorar governar a si e aos outros que inspiram as tecnologias do “falar a verdade”. O termo conceitual *le dire-vrai* (*parresía*) é empregado na investigação das modalidades e técnicas das relações dos sujeitos no governo deles e dos outros. Lembrando que, para tal argumento, “governo” é menos uma instituição político-territorial, e mais um plano micropolítico relacional e diádico de interações efetivadas com base em esteios epistêmicos. Assim, explica que

ao colocar a questão do governo de si e dos outros, gostaria de procurar ver como o “dizer-a-verdade” (*le dire-vrai*), a obrigação e a possibilidade de dizer a verdade nos procedimentos de governo podem mostrar de que modo o indivíduo se constitui como sujeito na relação consigo e na relação com os outros. O dizer-a-verdade, nos procedimentos de governo e na constituição de [um] indivíduo como sujeito para si mesmo e para os outros. (FOUCAULT, 2010: 42, tradução nossa)

O desenvolvimento conceitual do *le dire-vrai* é apresentado por Foucault ao longo de ao menos três títulos: *L’Herméneutique du Sujet* (1981-1982), *Les Gouvernements de Soi e des Autres: cours au Collège de France* (1982-1983) e *La Courage de la Vérité: cours au Collège de France* (1983-1984). Para nós, tal noção é aproveitada pelo seu potencial de pensar como os mecanismos clínicos previstos pelas epistemes do sono incentivam o reforço de uma positividade medicamentosa e terapêutica que lê no indivíduo e na sua capacidade de se autodisciplinar através de falas e gestos de consciência a possibilidade de conquista do desligamento noturno, enfim, da superação do estado de vigília causado pela insônia. Assim, ao Corpo Insone (C. I.) é ensinado que “se desligar de aparelhos eletrônicos antes de ir para a cama”, “esvaziar-se através de condutas meditativas” e “evitar alimentos energizantes e estimulantes” ao final do dia são atitudes que concorrem ao sucesso de uma noite de sono satisfatória.

Menos do que um ato estrito de fala, o “dizer a verdade”, a *parresía*, significa uma assunção consciente para si e para um outro consultante – a exemplo dos psicólogos do sono que compõem o corpo clínico do Instituto do Sono, por exemplo – de que minhas condutas de vida, meu disciplinamento, minhas escolhas e iniciativas muito pessoais (essas geralmente relacionados aos hábitos diurnos do trabalho e dos relacionamentos) não têm feito de mim um bom “governante do meu próprio corpo”. E como não me governo adequadamente, não me conheço, não sei dos meus limites e capacidades, e por isso também não posso governar os outros; em tese, não exerço bem as funções cívicas delegadas a mim durante o dia claro, principalmente aquelas impostas pela vida social do trabalho e de todos os predicados comuns à pessoa pública.

O insone é, portanto, alguém a quem as clínicas incentivam a falar, a assumir e a exercer cuidados, tendo como centro disciplinar as próprias condutas de um corpo e a consciência sobre ele em sua relação reflexa. Controle dos hábitos desejosos relacionados à alimentação e à busca por fruição noturna são, por exemplo, mecanizados ao objetivo de instilar tal consciência concentrada sobre si, gesto de saber localizar condutas perversas ao sono e a corrigir biomecânica e ergometricamente tais disposições. Em seu célebre Assim falou Zaratustra, como um Sócrates que faz de nós leitores seu Alcebiades⁵, o sábio já avisava que “não é pouco saber dormir, para isso é preciso aprontar-se durante o dia” (NIETZSCHE, 2018 [1883–1891]: 18); dizendo mais:

Honrai o sono e respeitai-o! É isso o principal. E fugi de todos os que dormem mal e estão acordados de noite. O próprio ladrão se envergonha em presença do sono. Sempre vagueia silencioso durante a noite: mas o relento é insolente.

Ferindo a perseguição obrigatória do sono, sua honraria ao corpo, o insone é comparável ao ladrão que “sempre vagueia no silêncio durante a noite: mas o relento é insolente”. Seu estado descompensado pela falta de descanso o coloca como um corpo negligente, quando na vivência do estado pleno e obrigatório de vigília. Não vive, não se governa, nem governa bem aquele que não dorme, avisa Zaratustra e, em coro com ele, as *épistêmes* do sono.

Mas por que, hoje à noite, um corpo não quer ser desligado? Ao insone devemos reportar a pergunta. Porém, sabe-se do risco de essa inquisição assim formulada sobre a obrigatoriedade do sono parecer, mais uma vez, um “dizer a verdade” que surja como o reforço de uma positividade clínica ansiosa por corpos que se desliguem automaticamente. Por isso, em escapatória dessa óbvia *parresía*, nossa pergunta prioritária em diante de três interlocutores e dos seus corpos insones não foi baseada em um “por que não dormir?”, mas, sim, em um “que outras coisas são procuradas e feitas por um corpo que não deixa ser facilmente desligado?”.

Fora dos mecanismos do “dizer a verdade” que escrutinam por individualidades aparentemente negligentes consigo mesmas, o que nos resta é compreender os “mundos da vida” feitos de províncias de significado finito (SCHÜTZ; LUCKMANN, 1972; SCHÜTZ, 1979; VAZ et al, 2013) que todo corpo insone produz sobre ele mesmo através de uma existência articulada por expressividades não pressionadas a confessar, mas a tentar significar suas volições vigilantes, seus hábitos de corpos insones. Por “mundos da vida” (*life-worlds*), compreendemos, em produzindo Alfred Schütz:

a esfera total das experiências de um indivíduo, a qual é delimitada pelos objetos, pessoas e eventos encontrados na busca dos objetivos pragmáticos do viver. É um ‘mundo’ em que a pessoa está “totalmente alerta” e que se afirma como a “principal realidade” da vida dela. (SCHÜTZ, 1979: 314)

É pelo delineamento dos mundos de pessoas que “estão totalmente em alerta” e em reconhecimento dos seus desejos de corpos despertos que apresentamos os excertos de falas de três narrativas biográficas insones. Na nossa compreensão, o corpo processa algo mais que ansiedade, frustração e insegurança em diante da insônia. Na sua impossibilidade de ser desligado automaticamente, ele manifesta uma certa consciência ativa de gestos de “desejos impredicantes” – isto é, um “desejo como empuxo em direção ao que não se determina por completo” (SAFA-

⁵ Os diálogos mantidos entre Sócrates (o mestre) e Alcebiades (o discípulo) são abundantemente explorados por Foucault no objetivo de descrever a arqueologia dos saberes envolvidos com a *parresía*, o “dizer a verdade” (PLATÃO, 2016).

TLE, 2015: 17) –, que, como relatam as falas, são feitos de percepções de incompletude, essas que por sua vez buscam realizações nas “saídas lúdicas” (LE BRETON, 2018: 13) feitas das sessões noturnas de cinema, do sexo buscado na maquiagem e da compulsão alimentar, por exemplo.

Pelas falas que exporemos, o *situ* desejante deixa de ser o território do sono prescritivo, e passa a ser a própria insônia; realidade essa que nos auxiliou a proceder com a seguinte pergunta: é possível determinar a coisa ou, no mínimo, a *aisthesis* (a sensação) daquilo que tanto desejamos, e que nos impõe inquietude noturna, sentimento de que, como narra um dos interlocutores, “parece que o dia não acabou”? A insônia é só feita de condutas negativas ansiosas que precisam ser medicadas com positividade química e biomecânica disciplinares? Para o avanço dessa segunda questão, perceberemos que se o sono é um dispositivo – essa instituição explorada por muitas *epistèmes*, capturada em seu valor naturalizado e forçosamente presenteada ao insone como resposta aos seus problemas –, a insônia, por outro lado, é como um *gestus* quase que político de “desaparecer de si” do indivíduo. O que leva o nome de *gestus* compreende “a exibição de uma medialidade, o tornar visível um meio como tal (...) gesto como movimento que tem em si mesmo o seu fim (por exemplo, a dança como dimensão estética)” (AGAMBEN, 2008: 13).

Mas em que medida esse *gestus* da insistência corporal pela insônia, movimento não funcionalmente objetificado de se manter acordado, exemplificaria aquilo que David Le Breton chamou de “desaparecer de si”? Segundo Le Breton, as buscas individuais por “desaparecimentos” viriam, por um lado, da anunciada crise das identidades (GAUCHET, 2004) e, por outro, da tentação à individuação como relaxamento ante as obrigações prescritas por noções de sujeitos e subjetividades de desempenho (HAN, 2015):

Mesmo quando nenhuma dificuldade pesa, pode emergir a tentação de desligar-se de si mesmo – nem que seja por algum tempo – para fugir das rotinas e preocupações. Qualquer desobrigação é bem-vinda, ela permite desapegar-se por um instante. (LE BRETON, 2008: 10)

Ora, se o sono é a prescrição gestual determinada a fazer levantar saudável o corpo da vigília, daquele mundo da realidade cotidiana dentro do qual somos chamados a operar uma identidade (principalmente aquelas laborais), então a insônia, seus *gestus*, é como um abrir-se “a um afeto que me despossei dos predicados (sociais) que me identificam” (SAFATLE, 2015:12). Na insônia, há um corpo fora do predicado salutar do bem-acordar, levantar e se associar comunitariamente com a cidade, com o grupo, enfim, com os outros. Na insônia, como veremos, antes de nos desligarmos, nós desaparecemos para o mundo, enquanto gestualizamos alguns pequenos desejos impredicantes para o nosso “corpo político produzido pelo desamparo”.

Um corpo político produzido pelo desamparo é um corpo em contínua despossessão e desidentificação de suas determinações. Corpo sem eu comum e unicidade, atravessado por antagonismos e marcado por contingências que desorganizam normatividades impulsionando as formas em direção a situações impredicadas. (SAFATLE, 2015: 12)

Aqui, precisamos jogar contraintuitivamente com a ideia clássica de que é antes o sono, e não a insônia, o pasto ideal para os desaparecimentos pela opção dos imaginários, das ideações e dos oníricos (IBN KALTHUN, 1958 [1377]; MARTINS, 1996; FREUD, 2018). De certo modo, é na insônia onde também conseguimos aduzir gestualidades na direção de outras experiências e significações para

mundos possíveis. De um modo radical, os poetas e romancistas temáticos e viventes da insônia, a exemplo de Álvaro de Campos (um dos pseudônimos de Fernando Pessoa), Virgínia Wolf, Graciliano Ramos, entre outros, já nos avisaram sobre a imagem desse “grande sono em toda a cabeça e em cima dos olhos e na alma!” (PESSOA, 2007: 244). Não por acaso, *Graciliano*, *Álvaro* e *Virgínia* serão também os pseudônimos dos interlocutores de expressões expostas nos momentos seguintes do texto, acreditando que há, sim, uma “poesia a se dizer” por trás da insônia como mundo da vida refletido por esses homens e mulheres do cotidiano das cidades.

A biomecanização do corpo insone

Longe de produzirmos uma arqueologia das ideias ocidentais em torno do tema do tratamento dos distúrbios do sono, o que intentamos nesse primeiro momento é a descrição de algumas redes atuais de conhecimento feitas de especialistas e procedimentos que circunscrevem e definem o problema da insônia dentro de certas “condições de possibilidades” epistêmicas de tratamento (FOUCAULT, 1966: 13).

No Brasil, duas instituições têm ganhando notabilidade pela produção de conhecimentos clínicos relativos ao assunto: o Laboratório do Sono da Universidade de São Paulo (Incor/USP) e o Instituto do Sono, ambos sediados na cidade de São Paulo.

O Laboratório do Sono funciona no Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). O perfil de suas produções acerca pesquisas em torno do tratamento da “apneia obstrutiva do sono” (*Obstructive Sleep Apnea – OSA*) e do “ronco”. Dessa instituição, destaca-se o caráter multidisciplinar das atividades de pesquisa, bem como o massivo incentivo à promoção de tecnologias de aferição de resultados e à testagem de procedimentos terapêuticos com grupos de pacientes. Um exemplo dessas qualidades aparece em duas das suas produções recentes. Uma delas publicada em artigo de título “*Effects of Oropharyngeal Exercises on Snoring*” (IETO et al., 2015). A técnica do Incor foi testada com um grupo de 39 pacientes adultos de 20 a 65 anos, de ambos os sexos, todos com queixa de ronco. O conjunto de procedimentos oferecidos à resolução da OSA foi chamado de “*oropharyngeal exercises*” (exercícios orofaríngeos), que incentiva os seguintes procedimentos de um tratamento antirronco:

(1) empurre a ponta da língua contra o palato duro e deslize a língua para trás (20 vezes); (2) sugue a língua para cima contra o palato, pressionando toda a língua contra o palato (20 vezes); (3) force a parte de trás da língua contra o assoalho da boca enquanto mantém a ponta da língua em contato com os dentes incisivos inferiores (20 vezes); (4) elevação do suave palato e úvula enquanto intermitentemente diz a vogal “A” (20 vezes). Depois de obter o controle e a coordenação do movimento (geralmente após 3-5 semanas), a elevação do palato mole e da úvula foi realizada sem vocalização por 5 segundos; (5) recrutamento do músculo bucinador contra o dedo que é introduzido na cavidade oral, pressionando o músculo bucinador para fora (10 vezes de cada lado); (6) mastigação bilateral alternada e deglutição usando a língua no palato, sem contração perioral, sempre que se alimentar. (IETO et al., 2015: 685, tradução nossa)

Como meio de aferição dos resultados do tratamento, o mesmo Laboratório produziu um conjunto de estudos a fim de medir o efeito sonoro de pacientes que sofrem com o ronco resultante da *Obstructive Sleep Apnea* (OSA). Os resultados e objetivos dessa segunda pesquisa – que foi desenvolvida com membros do Instituto de Física (IF) da USP – foram assim anunciados:

No presente estudo, propomos um método simples e preciso para identificar a OSA com base nos intervalos de tempo entre os eventos de ressonar e o número médio de eventos de ressonar por unidade de tempo, conforme revelado pela intensidade do som. Nosso método de analisar o ronco se correlacionou notavelmente bem com o AHI (*Apnea Hypopnea Index*) derivado da polissonografia, que é o outro método padrão para o diagnóstico de OSA. Além disso, um classificador automatizado baseado na análise R / S das intensidades do ronco foi capaz de identificar corretamente pacientes com AOS moderada a grave. (ALENCAR et ali, 2013: 276, nossa tradução)

Entre o método de testagem da OSA e a promoção da terapia dos “*oropharyngeal exercises*” (exercício orofaríngeos) vê-se a formação de uma complexidade clínica que é multidisciplinar em seus esforços de estabilização de condutas terapêuticas. Ações que visam encerrar os fatores patológicos dos distúrbios com o sono dentro de um quadro heurístico total que investiga, cria métodos baseados em aproximações de searas epistemológicas distintas, aplica-os e afere resultados; princípios que visam reforçar a extensão de um paradigma de conhecimento alternativo em diante dos anteriores (KUHN, 2013[1962]). Perceber que o método apresentado pelo artigo de excerto citado acima foi pensado para se relacionar e ampliar os resultados já fornecidos pelo método anterior, aquele de nome *Apnea Hypopnea Index* (AHI).

Embora a apneia e o ronco em geral promovam, via de regra, apenas intervalos no contínuo da experiência noturna de sono – ou seja, sejam de forma escalar diferentes da insônia –, o que envolve as ansiedades médicas em torno do tratamento desses distúrbios tem a mesma origem na busca pela resolução dos “distúrbios do sono”: a perseguição do controle das condições que afetam sujeitos e subjetividades de desempenho que apresentam sonolência durante o dia, queda no rendimento intelectual e laboral, irritação e cansaço. Nesse sentido, a apneia, o simples ronco (fora do quadro patológico da OSA) e a insônia se correlacionam desde que expressam as irregularidades que evitam que o sono, como dispositivo, se realize segundo uma prescrição social e clinicamente ideal. Como indica o conceito mais geral para a insônia fornecido pelo Instituto do Sono, esse é um distúrbio a ser rastreado em suas vastas consequências:

A insônia se caracteriza por dificuldade em iniciar o sono, ou por acordar durante a noite com dificuldade para voltar a dormir com consequências no dia seguinte. Muitas vezes, ocorre a sensação de sono não reparador, de má qualidade, com cansaço diurno. Outras consequências da insônia em longo prazo são irritação, dificuldade para se concentrar ou de memória, sintomas de depressão, entre outras⁶.

Para a maioria dos tratamentos, o corpo em sua conformação orgânica é a unidade a ser reparada em sua feição anatômica e fisiológica natural – como no caso do tratamento da apneia por meio das etapas dos exercícios orofaríngeos – e na sua feição deontológica (ou moral) e habitual, no caso do conjunto das observações que ilustram os procedimentos chamados de “higiene do sono”.

Em sua página principal, uma conhecida indústria multinacional farmacêutica brasileira promove a campanha de título “Insônia: feche os olhos por essa causa”. No vídeo promocional, ela convoca a população a observar seus cuidados com o sono e a consultar o médico em diante da recorrência do problema da insônia. Nas imagens, uma personagem sofre com os inúmeros barulhos que perturbam sua madrugada de sono, fazendo uma pequena coleção de sons que lhe acompanham durante a noite: são vizinhos que abrem chuveiros e portas, pessoas que caminham sobre o piso superior, cães que latem, entre outros. Em um site destinado ao assunto, a mesma empresa disponibiliza uma aba que chama de “hi-

⁶ cf. Sono. Disponível em: <https://www.sono.org.br/sono/index.php>. Consultado em: 13 de agosto de 2019.

giene do sono”, onde detalha o que trata como um conjunto de “intervenções psicoeducacionais” que visam alertar para os fatores externos que perturbariam a correta rotina do sono: praticar atividade físicas, criar ambientes relaxantes, evitar alimentos estimulantes antes de dormir são algumas das atenções profiláticas.

Também é com base na busca do que chama de o “sono normal” que a segunda instituição considerada pelo nosso estudo se baseia. Como organização privada, o Instituto do Sono é uma das muitas empresas que vêm capacitando corpos clínicos destinados à pesquisa e ao tratamento da insônia. Seus profissionais advêm das especialidades da chamada Medicina do Sono – neurologistas, neurofisiologistas, otorrinolaringologistas, pneumologistas, entre outros –, além de psicólogos, biólogos, biomédicos, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos e pesquisadores em geral. Atendimento clínico, promoção de cursos para profissionais da área e projetos de pesquisa são os três campos de atuação empresarial do segmento.

Um dos projetos de pesquisa tocados pelo Instituto do Sono se chama EPI-SONO, e visa promover um amplo rastreamento da qualidade do sono da população da cidade de São Paulo. No seu painel de divulgação, os coordenadores informam que o objetivo prioritário da iniciativa é “fornecer importantes dados para a evolução científica sobre distúrbios do sono, bem como melhorar a qualidade de vida da população, influenciando, inclusive, na formação de políticas públicas sobre o tema”⁷. Em outra das suas publicações, a empresa divulga o que trata como sendo algumas “dicas para preservar o sono”:

Ter horários regulares para dormir e despertar; ter um ambiente de dormir adequado: limpo, escuro, sem ruídos e confortável; não fazer uso de álcool ou café, determinados chás e refrigerantes próximo ao horário de dormir; jantar moderadamente em horário regular e adequado; não levar problemas para a cama; realizar atividades repousantes e relaxantes preparatórias para o sono; ser ativo física e mentalmente⁸.

Entre outras, essas são algumas das ações que visam reconhecer os limites do corpo insone. Assim como as inúmeras publicações que incentivam as mesmas atitudes – como visto anteriormente –, o centro do cuidado reside sobre o próprio indivíduo e suas maneiras de psicoeducar biomecanicamente suas atitudes, inclusive os desejos que aparentemente sinalizariam ansiedades ou apenas hábitos “inadequados” à fisiologia do corpo do horário noturno, a exemplo do consumo de alimentos e bebidas em excesso ou que tenham composições estimulantes. É o indivíduo em sua vigilância que é chamado a manter responsabilidade sobre o seu corpo insone, promovendo como que um reforço da ordem das obrigações que lhe ocorrem durante a jornada diurna.

Seja na instituição especializada no desenvolvimento de implementos técnicos e terapêuticos específicos – como é o caso do Laboratório do Sono (Incor/USP) –, seja na instituição privada de estrutura organizacional e profissional mais abrangente, o que se incentiva é uma *épistême* do sono baseada na apropriação holística de procedimentos de cuidado com fatores biológicos e a divulgação de conhecimentos profissionais e aconselhamentos na forma de consultas, cursos e notícias. Para todas essas instituições, as medidas de tratamento da insônia envolvem um complexo feito de intervenções medicamentosas e medidas comportamentais e cognitivas instigadas no indivíduo.

Quando a insônia é descrita em sua multicausalidade pelo Instituto do Sono, por exemplo – assinalando “problemas psiquiátricos como ansiedade, depressão,

⁷ cf. Projeto EPISONO. Disponível em: <https://www.sono.org.br/institucional/noticias.php>. Consultado em: 13 de agosto de 2019.

⁸ cf. Sono. Disponível em: <https://www.sono.org.br/sono/index.php>. Consultado em: 13 de agosto de 2019.

uso de alguns medicamentos em longo prazo e de bebida alcoólica; no último caso, principalmente após a suspensão do consumo”⁹ –, o que parece se atualizar é a figura do “nervoso” (DUARTE, 1986). Para esse sujeito, as iniciativas públicas e privadas inauguram um complexo argumentativo e de intervenções sobre um distúrbio para o qual, mais do que para outras patologias da sociedade moderna do cansaço, o que é discernido é um corpo e suas doenças como uma realidade *sócio-psico-biológica* manifestada (MAUSS, 2013: 422); como se a insônia estivesse a multidimensionar a Medicina tradicional, ainda que essa ainda se apresente muito biologicamente determinante em seus procedimentos.

A outra diferença das leituras médicas da insônia é que a abordagem da realidade desse distúrbio é feita, em grande medida, por esforços de individuação dos fatores de controle e cura dos males que afetam o sono. De um certo modo, a promoção de tecnologias de cuidado de si ilustradas pelas “higienes do sono” e pelos “exercícios orofaríngeos” nos projeta em retorno à asserção presente em *Les techniques de soi* (1982), quando o autor nos lembra que a máxima especificação do conhecimento médico tem na pragmática dos autocuidados dos corpos individuais o seu amplexo ideal:

O cuidado de si não é um outro tipo de pedagogia; este deve se tornar um cuidado médico permanente. O cuidado médico permanente é uma das principais características do cuidado de si. O indivíduo deve se tornar o médico de si. (FOUCAULT, 1982: 19, tradução nossa)

O que tentamos explorar através dos mundos da vida de três corpos insones que apresentaremos a seguir são as possibilidades de reconstrução do sentido da insônia não por essa via da expectativa dos seus dispositivos e das suas várias autoridades, mas, sim, pelo seu potencial de se manifestar como um *gestus* impredicante de “desaparecer de si” desse mesmo indivíduo-alvo (SAFATLE, 2018; LE BERTON, 2018; AGAMBEN, 2008). No geral, é contra o estatuto de normalidade e normatização biomecanizante do sono que alguns desses corpos insones falam pelas suas expressões.

Os mundos da vida do Corpo Insone (C. I.)

Percebemos que a pergunta não era “por que não dormir?”, mas, talvez, “por que não se desligar e o que fazer enquanto isso?”. Entre a primeira forma de indagar os corpos insones dos nossos três interlocutores e a segunda, veremos, na sequência, que se forma uma notável diferença entre uma antropologia pós-estruturalista das conformações de poder – principalmente de base micropolítica – e uma “antropologia subtrativa” (SAFATLE, 2018; LE BRETON, 2018); sendo a última aquela que está no horizonte de divulgação conceitual que chaveia o tópico seguinte do nosso artigo.

Ele disse “eu posso falar com você, mas prefiro fazer isso por áudio (WhatsApp). Não queria pelo Skype!” Graciliano (nome fictício), 26 anos, estudante do curso de Administração de uma universidade pública de Minas Gerais, foi conhecido por nós dentro de grupos de frequentadores do Facebook que acompanhavam e divulgavam notícias relativas à Medicina do Sono. No nosso primeiro contato, depois de uma conversa prévia através da troca de mensagens, ele declarou:

Eu sofro de insônia faz tempo. E eu comecei a frequentar aquela página, sim, por esse motivo, mas... depois virou, sei lá, um hábito de acompanhar o que se dizia ser bom

⁹ cf. Idem.

como tratamento, coisas do tipo. *Eu ainda tenho insônia. Mas eu sinto que acompanhar esses assuntos me ajudou a ter mais cuidado comigo, com a minha rotina, sabe?, até com a forma como eu dormia.* (**Graciliano**, nome fictício, 26 anos, contato O1 – Gravação O1 [áudios do WhatsApp – tempos diversos], folhas transcritas O1-03, linhas acima transcritas O1-05)

A insônia era apresentada por Graciliano não na sua etiologia subjetiva, na investigação pessoal da razão causal para a sua recorrência desde a trajetória de um indivíduo. A primeira expressão, como aparece no excerto acima, era apenas a de que a insônia precisava, de alguma forma, ser sanada em seus efeitos. Para isso tinha que ser reconhecida nele próprio – como corpo consciente das possibilidades das tecnologias de cuidado disponíveis – e, em seguida, tratada pela correção de hábitos inadequados:

Sabe essas ideias de você se preparar pra dormir: não tomar café horas antes do sono, dormir em um quarto com pouca luz, não ficar vendo coisas no celular, coisas que preocupam a gente? Isso tudo eu comecei a fazer, e eu vi que me ajudaram até um certo tempo. Mas parece, não sei, que eu tinha muitos problemas na época ou, então, aquelas ações, sabe?, começaram a ficar muito comuns pra mim, a não fazer sentido pras minhas necessidades. Eu desligava todas as luzes, fazia tudo certo, mas meu sono voltava a ficar “quebrado” daquele jeito com o tempo. Então eu saí fora daquela disciplina. (**Graciliano**, nome fictício, 26 anos, contato O1 – Gravação O1 [áudios do WhatsApp – tempos diversos], folhas transcritas O1-03, linhas acima transcritas O7-16)

Quando os desafios transpuseram as condições de possibilidade para o tratamento do distúrbio – que, ao final, acabou não sendo resolvido pelas técnicas da “higiene do sono” –, também foram transformados os índices das leituras significativas das experiências vividas pelo corpo insone. Passava-se do corpo em sua rotina de admoestações biomecanizadas padrões (“procure dormir em horários fixos”, “não coma isso ou aquilo”, “criei um ambiente dessa maneira para o seu sono” etc.) para um outro dentro do qual era parcialmente aceita a sua impossibilidade de completo desligamento ritual.

Então, tá, não conseguia dormir bem como eu queria! Encarei isso. Também não ia me medicar. Mas eu também não poderia ficar de um lado pro outro da casa sem fazer nada, aquilo que me adoecia, sabe? Eu tava no outro dia cansado porque não dormi e cansado porque ficava pra lá e pra cá dentro de casa, pensando em coisas pra fazer e sem fazer nada, claro! Ai eu... eu comecei a ficar no Tinder altas horas. Ficava ali. Ficava ali vendo e conversando com pessoas. Pessoal que claramente também sofria de insônia como eu, eu acho. E aquilo virou um hábito antes de dormir as poucas horas que eu conseguia dormir. Teve uma vez... uma, não... teve vez de tentar marcar algo com alguém altas horas. A gente se falou, ficou ali se falando e tal, e a gente decidiu se encontrar... Depois acabou não dando certo porque um não morava tão perto do outro como a gente imaginava e tava tarde, essas coisas (risos). (**Graciliano**, nome fictício, 26 anos, contato O1 – Gravação O1 [áudios do WhatsApp – tempos diversos], folhas transcritas O1-03, linhas acima transcritas O1-12)

Na mesma proporção que há uma assunção informada do corpo insone como um corpo indisciplinado, também é volitivo o *gestus* de aceitar a impossibilidade do desligamento e proceder com a busca ativa pelo preenchimento de um espaço de vontades insones, desejos que estão ali e que precisam de uma substância de significado.

Mas aquela história do Tinder também já ficou, sei lá, sem muito sentido. Não era bom. Eu me sentia parado demais ali, sem alternativa, só esperando dormir e com as mesmas conversas. Ai virou modinha aquelas academias de madrugada, e achei aquilo super legal. Daí decidi entrar numa dessas academias. Fazia meus exercícios, conversava um pouco com o pessoal de lá e quando chegava cansado em casa já ia dormir. E conseguia dormir bem. Ainda tava com problema de insônia? Tava! Mas tava fazendo alguma coisa. E isso de eu sair, ir pra algum lugar, de não ficar em casa

sofrendo com aquilo, eu gostava. Eu podia curtir essa insônia porque eu alongava meu sono um pouco pela manhã. Mas aí mudou meus horários de estudo e de trabalho, e não pude mais continuar na academia. Não aproveitei mais. (Graciliano, nome fictício, 26 anos, contato 01 – Gravação 01 [áudios do WhatsApp – tempos diversos], folhas transcritas 01-03, linhas acima transcritas 01-11)

Quando se acomoda entre condições possíveis para a vivência de um estado produtivo de vigília, o corpo insone é, mais uma vez, protestado pelas razões muito corriqueiras que deflagram a sua existência: as mudanças das atividades do dia se chocam com a possibilidade de convivência com a insônia e com as mudanças dos horários do sono. O desempenhado demandado pela vida diurna cobra seu espaço entre a possível autonomia sobre “o que fazer com a minha noite e com a minha obrigação de dormir”.

Na verdade, procurar conversar e encontrar pessoas na madrugada ou praticar exercícios físicos não parecem, segundo a expressão do interlocutor, simplesmente como medidas para “buscar o sono”, nem são práticas referidas aos objetivos dirigidos àquilo que Agamben chamou de “*facere*” (o “agir com fim”, segundo a semântica latina original do termo). São *gestus*, de acordo com o que entendemos, justamente porque são atitudes de uma pura medialidade que se interpõem entre o “não saber o que fazer com as minhas horas em claro” e o “empuxo ao movimento, ao sair de casa em prol de uma verdadeira vida ativa”. Mas não aquela vida obrigada pelo calendário diurno, e sim aquela para a qual o sujeito de desempenho desaparece, já que é ele quem faz o seu horário de desligamento e de despertar, atribuindo outros sentidos mais pessoais aos mundos da sua vida em claro.

Olha, manter essa mercearia me deixa cansadão, morto! Eu tô acabado, quando termina o dia! A-ca-ba-do! Atendendo o pessoal, indo buscar isso e aquilo, aguentando freguês, que às vezes é bicho chato mesmo... Quando eu fecho aqui essas portas, eu penso “essa noite eu durmo bem! Essa noite eu durmo pra valer!”. Mas não é isso que acontece. O certo era eu chegar em casa e ir dormir, não é, por que eu tô cansado, não tô? Mas não, não é assim! E isso me deixa muito intrigado. Como é que uma pessoa que tá cansada, com as pernas latejando de dor, joelho e isso e aquilo outro, e ele não consegue colocar a cabeça no travesseiro e dormir?! Parece que eu tô elétrico, parece que o dia não acabou pra mim. O corpo tá quente, aí ele não relaxa. Acho que é isso. Não sei. (Álvaro (nome fictício), 48 anos, contato 02 – Gravação 02 [26’ 46’’], folhas transcritas 01-04, linhas acima transcritas 01-11)

Quem assim indaga é o interlocutor ao qual passamos a chamar de *Álvaro*, 48 anos, dono de uma mercearia de variedades alimentícias em um bairro popular da cidade de Teresina, Piauí; pessoa da qual podemos registrar a fala em presença física. Sua questão é uma “inquietação” em diante de um aparente ilogismo: por que o corpo cansado do dia não quer ser desligado durante a noite, quando tem oportunidade de fazê-lo?

A significação dada a esse corpo que ainda muito cansado não desliga chama atenção para o seu superaquecimento, como uma maquinaria que acabou de ser desligada e da qual algumas peças mecânicas continuam a girar por razão de uma inércia. Mas o inatural do gesto de não dormir vencido pelo estafo ainda se reveste de mais estranheza ante a narrativa de *Álvaro* sobre o seu corpo insone, organismo de movimento estático irrefreável:

O engraçado, eu vou já te dizer: é que eu aprendi a assistir o diabo de uns filme quando eu fecho aqui o comércio. Eu peguei e comecei a assistir uns filme fraco, parado. Mas eu gosto mesmo é de filme de ação. Eu gosto é de filme de guerra! Aqueles filme bom! Um dia eu assisti um aí de madrugada... como era o nome? Filme bom! E eu gosto desses filme. E eu peguei essa mania de assistir o diabo desses filme na hora que é pra eu tá dormindo. Porque no outro dia eu tenho que acordar cedo, porque eu não abro o comércio de manhã, mas tenho outro emprego: eu instalo cerca elétrica.

Mas aí é isso, eu só vou dormir já quase no meio do filme, e aí deixo uma parte pra depois. Às vezes assisto o filme inteiro porque tô sem sono mesmo. Aí abro uma cerejinha pra ver se ajuda e durmo. Mas é difícil. (Álvaro (nome fictício), 48 anos, contato 02 – Gravação 02 [26’ 46”], folhas transcritas 01-03, linhas acima transcritas 01-11)

São signos paradoxais que despertam a inquietação de Álvaro e a nossa, em diante de suas expressões. Primeiro, os filmes que acalantam sua vontade não são aqueles dos gêneros “fracos, parados”, talvez como os dramas ou os experimentos da prateleira de arte; pois esses não alentam o contentamento da sua insônia. Há uma escolha ativa e determinada do gênero que se quer ver. Não são títulos sedativos para dormir – porque, na verdade, alguma coisa não quer ser desligada –, são filmes para uma fruição final, choques neuronais feitos de estampidos de bombas, gemidos e euforias de uma brigada militar vitoriosa. Cinema para acompanhar um “corpo que tá quente”, ou para diante dele apresentar uma metáfora alternativa e mais feliz para a sua própria jornada. Não são roteiros como fármacos hipnoindutores, como os benzodiazepínicos ou compostos como trazodona, mirtazapina, doxepina e o conjunto de outros antipsicóticos sedativos para o tratamento da insônia crônica (POYARES et ali, 2005). São filmes para que o dia ainda seja lembrado não na memória dos músculos das pernas e dos braços, esses já macerados, mas na excitação do plexo cardíaco. O corpo insone de Álvaro parecer desejar um cinema que definitivamente vença por ele, através do qual ele próprio desapareça das obrigações do trabalho pela manhã.

Passamos a outra zona ativa de um corpo insone: o estômago. Quem fala das suas razões é chamada por nós de *Virgínia*, 38 anos, professora da rede pública de ensino básico do estado do Piauí, que assim descreve sua insônia:

Eu ia dormir com uma fome, um vazio. Mas não era fome, porque eu comia bem e voltava pra cama, mas não conseguia dormir. Às vezes acordava 2h da manhã e ia fazer algo pra comer, e não dormia mais. Aí eu disse “quer saber?! Vou tentar jantar mais tarde e jantar bem”. Eu sabia que isso não era certo, mas eu sentia essa fome e, mesmo assim, eu não engordo fácil. Não sei daqui pra frente (risos). Aí comecei a comer melhor antes de dormir. (Virgínia nome fictício, 38 anos, contato 03 – Gravação 03 [33’ 9”], folhas transcritas 01-03, linhas acima transcritas 01-06)

No diálogo mantido com os pesquisadores, o centro da atenção da insônia não era feito dos olhos que não cerram, mas do barulhar do estômago, da ansiedade pelo alimento. O impeditivo para a “noite de sono adequada” aparentemente está no corpo que não consumiu uma base alimentar saciável. Mas falta uma lembrança sobre os efeitos desses estímulos, que será recobrada agora:

Ah, e tem uma outra coisa: comendo às 2h da madrugada ou comendo bem no jantar, eu sempre sonhava, eu sempre tinha pesadelos. Isso é muito comum pra mim. Eu não gosto de sonhar, mesmo quando é sonho bom. Acho que é porque a maioria dos sonhos são pesadelos pra mim, daí eu não gosto de sonhar com coisa nenhuma. E comer muito me faz ter uns sonhos esquisitos (risos). Já ouvi gente falar a mesma coisa. Aí sabe o que eu fiz? Ao invés de comer, eu passei a cozinhar de madrugada. Não tem esses programas de cozinha? Então, isso me incentivou a cozinhar mais. E eu aprendi que cozinhando, eu me satisfazia... era... era como se eu comesse ali, embora eu não comesse. Era só bom de fazer aquilo. Como era comida, eu levava aquela comida pro trabalho e distribuía entre os meus amigos, pra não se estragar em casa. Mas é isso, acho que não comia mesmo porque aquilo me dava uns sonhos. Eu não gosto de sonhar! Mexe demais com a minha cabeça (risos), passo o dia querendo entender aquilo, sofrendo com aquilo. E eu já tenho muita coisa pra me preocupar como professora. (Virgínia, nome fictício, 38 anos, contato 03 – Gravação 03 [33’ 9”], folhas transcritas 01-03, linhas acima transcritas 01-15)

O *gestus* da insônia parece ser feito de um desvio que percorre entrecchos como províncias físicas e simbólicas do próprio corpo. Se o córtex cerebral em

alerta protagoniza as atividades diárias – para o caso de Virgínia, uma professora –, então o *situ* desejanter noturno tem referência em outro lugar: é primeiro no estômago e depois na evolução braçal do preparo da comida. Como uma compensação que busca um equilíbrio interno das *aisthesis* (sensações) do corpo, o C. I. busca por aquilo que lhe foi obliterado, e que nem a vigília nem o sono e muito menos o sonho podem produzir uma reparação.

Virgínia é um corpo que não quer sonhar. Nem todos os corpos precisam sonhar como obra de desaparecer. Respondemos aqui a Ibn Khaldûn (c. 1332-1406), um dos primeiros filósofos sociais entre o Ocidente e o Oriente a enaltecer a obrigatoriedade salutar do par sono e sonho, dizendo:

A visão real do sonho é a consciência da alma racional na sua essência espiritual. A alma torna-se espiritual liberando-se das coisas corporais e das percepções corpóreas. Isso acontece por meio da agência do sono. (IBN KHALDUN, 1958 [c. 1377]: 46, tradução nossa)

Mas o sonho, tanto quanto o sono – essas duas entidades da mitológica helenística representadas por Hypnos e Morfeu –, também é um dispositivo, um rastreável, principalmente para o imaginário onírico das pessoas das metrópoles, como fez observar Martins (1996). Aliás, desligar-se não é desaparecer. Os que têm sono desligam-se, os insones desaparecem, deve explicar uma antropologia subtrativa.

Uma antropologia subtrativa: em conclusão

O Corpo Insone (C. I.) lida com duas feições emocionais: a percepção da despossessão do corpo das suas razões orgânicas e, em resposta a ela, o *gestus* que ousa superar a positividade do sono prescritivo através do instilar de desejos impredicantes.

Pela apreciação das falas, percebemos que uma antropologia que relate do corpo apenas sua “reprodução mimética que serve de palco para a produção e reprodução do poder” (STOLLER, 1995: 41, tradução nossa) não alcança o nível fora do padrão dos “agenciamentos coletivos de enunciação” (GUATARRI e ROLNIK, 1996: 31) em que o insone, por exemplo, é perfilado e autopromovido em sua individualidade massiva. Urge saber produzir detalhes etnográficos das formas instanciais como as experiências de vida se mostram entre gestos ativos de não negociação com enunciados e biomecânicas disciplinadoras; enfim, com a diversidade dos projetos da modernidade que faz do sofrimento um fixador de identidades sociais (HENRY, 2003).

Uma antropologia que se renove para além da simples verificação dos quadros de reprodução da vida social, e que ainda assim fale do centro dos jogos modulares entre emoções e instituições determinantes de poder, deve, no nosso entender, manter atenção ao que inspira uma “antropologia subtrativa”:

Pode-se falar aqui em uma “antropologia subtrativa” porque se trata de fornecer a figura de um processo que não se esgota na atualização das formas de vida, formas que obedecem aos limites das condições de reprodução material próprias às sociedades contemporâneas. Por isso “subtrativa”, pois marcada pelo impulso de um sujeito que se subtrai aos modos atuais de determinação e que procura fazer desse movimento de subtração a expressão do desafio levantado contra o limite dos mecanismos de reconhecimento social. (SAFATLE, 2018: 25)

Assim, para essa antropologia, o insone não pode mais ser descrito apenas como uma identidade sociopatologizante, nem tão somente como um marcador dos princípios políticos que arregimentam suas tecnologias de cuidado consigo

mesmo. É preciso estar além da crítica pessimista e das leituras internas e originárias das instituições de poder.

Por isso, do contrário do reforço da descrição dos processos de “desligamento” de indivíduos pelo sono, o que procuramos valorizar foram as condutas de “desaparecimento” de sujeitos de desempenho dentro de corpos que cambiam o centro dos seus desejos: se o estudante tem na letargia dos hábitos virtuais de consumo o local de conformação do seu corpo em estado de vigília, o corpo insone procura nos músculos e no estímulo sexual o centro de um desejo renovado (falamos, aqui, de Graciliano); se a vida em claro é feita da mecânica repetitiva de músculos estafados, o corpo insone busca nos olhos e no plexo cardíaco um novo centro de uma experiência neuronal e emocional (tratamos, aqui, de Álvaro); e se, por sua vez, é o aparelho cognitivo que sofre uma sobrecarga de demandas ansiosas, é no estômago e nos braços em movimento que o corpo insone concentra sua expectativa de satisfação não óbvia (lembramos, aqui, de Virgínia). Registrar gestos de rejeição de desejos que medrem instâncias predicadas por estatutos de autoridades moral, política e juridicamente convenientes é, nesse sentido, produzir um projeto etnográfico para uma antropologia da subtração. A título do que fazer enxergar com essa antropologia, o que temos a dizer do Corpo Insone (C. I.), por exemplo, é que ele é todo aquele que sabe sumir com os predicados a si autoritariamente impingidos, e que também sabe se reinsurgir e reemergir com outros.

Recebido em 31 de agosto de 2019.

Aceito em 3 de janeiro de 2020.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. Notas sobre o gesto [Tradução: Vinícius Nicastro Honesko]. *Artefilosofia*, 4 (1): 9-14, (1996) 2008.

AGAMBEN, Giorgio. *O que é o contemporâneo? E outros ensaios* [Tradução: Vinícius Nicastro Honesko]. Chapecó: Argos, 2009. pp. 77-92.

ALENCAR, A. M. et al. Dynamics of snoring sounds and its connection with obstructive sleep apnea. *Physica A*, 392: 271–277, 2013.

DUARTE, Luiz F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

FOUCAULT, Michel. “Les techniques de soi”. In : *Dits et Ecrits*. Tome IV, texte n. 363, 1982.

FOUCAULT, Michel. *Les mots et le choses: une Archéologie des Sciences Humaines*. Paris: Éditions Gallimard, 1966.

FOUCAULT, Michel. *L'herméneutique du sujet: cours au Collège de France (1981-1982)*. Paris: Gallimard le Seuil, 2001 [Tradução para o português: A hermenêutica do sujeito: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2006].

FOUCAULT, Michel. *O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983)*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos* [Tradução: Walderedo Ismael de Oliveira]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

GAUCHET, M. *Un monde désechanté?* Ivry-sur-Seine: Édition D'Atelier, 2004.

GUATARRI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

HAN, Byung-Chul. *A sociedade do cansaço*. Teresópolis: Vozes, 2015.

HENRY, Michel. "Souffrance et vie". In: *Phénoménologie de la vie I: de la phénoménologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003. pp. 143-156.

IETO, Vanessa et ali. Effects of oropharyngeal exercises on snoring. *Chest (American College of Chest Physicians)*, 148: 683-691, 2015.

KHALDÛN, Ibn. *Muqadimah* (Prolegômenos, ou Filosofia Social) [Tradução: José Hhoury]. São Paulo: Safady, 1958 [1377].

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

LE BRETON, David. *Desaparecer de si: uma tentação contemporânea* [Tradução: Francisco Morás]. Petrópolis: Vozes, 2018.

MARTINS, José de Souza. "A peleja da vida cotidiana em nosso imaginário onírico". In: *(Des)figurações: a vida cotidiana no imaginário onírico da metrópole*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. pp. 11-46.

MATEUS, Samuel. O indivíduo pensado como forma de individuação. *Estudos em Comunicação*, 10: 93-1, 2011.

MAUSS, Marcel. "As técnicas do corpo". In: *Sociologia e antropologia* [Tradução: Paulo Neves]. São Paulo: Cosac & Naify, 2013. pp. 329-422.

NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém* [Tradução: Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

PEREC, Georges. *Um homme qui dort*. Paris: Denoël, 1967.

PESSOA, Fernando. *Poesie di Álvaro de Campos* [Tradução: Antonio Tabucchi]. Milano: Adelphi Edizioni, 2007.

PLATÃO, 428-347 a.C. *O banquete* (edição bilíngue grego-português). São Paulo: Editora 34, 2016.

POYARES, Dalva et ali. Sleep promoters and insomnia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27: 2-7, 2005.

RIBEIRO, J. P. *Do self e da ipseidade: uma proposta conceitual em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus Editorial, 2005.

SAFATLE, Vladimir. *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. São Paulo: Cosac & Naif, 2015.

SAFATLE, Vladimir. “Introdução. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social”. In: SAFATLE, Vladimir et al (orgs.). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica, 2018. pp. 7-31.

SCHÜTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos* [Tradução: Ângela Melin]. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SCHÜTZ, Alfred; LUCKMANN, Thomas. *The structures of the life-world (Tomo 1)* [Tradução: Richard M. Zaner]. Heinemann/Londres: Northwestern University Press, 1973.

SIMMEL, Georg. *Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade* [Tradução: Pedro Caldas]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

STOLLER, Paul. *Embodying colonial memories: spirit possessions, power and the Hauka in the West Africa*. New York and London: Routledge, 1995.

VAZ, Paulo Bernardo Ferreira; COSTA, Débora Veríssimo. O choque e as províncias de significado finito de Alfred Schütz. *Vozes & Diálogo*, 12 (2), 87-95, 2013.

Em branco

O “veneno” e a adrenalina na “vida do crime”: corpo, emoções e subjetivação

*Danielli Vieira*¹

Instituto Federal de Santa Catarina

Resumo: O artigo apresenta dois conjuntos de sensações, emoções que perpassam a experiência na “vida do crime” a partir de duas pesquisas de campo centradas em narrativas de adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas. Trata-se de uma aproximação a uma experiência em que se vive, ao mesmo tempo, “no veneno” – com sensações que misturam angústia, sofrimento, raiva e tristeza – e na intensidade de uma “vida loka” marcada por adrenalina, presenteísmo, “alterações”. Discute-se, ainda, a função terapêutica da narrativa como forma de desabafo, bem como a elaboração do “veneno”, dos castigos e torturas sofridos, em termos de “fortalecimento”.

Palavras-chave: emoções; adolescentes “em conflito com a lei”; narrativas.

¹ Professora do Instituto Federal de Santa Catarina. Doutora em Antropologia Social pelo PPGAS da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com estágio doutoral na Université de Strasbourg. Mestre em Antropologia Social pela UFSC. Bacharel e licenciada em Ciências Sociais pela UFSC. Pesquisadora do Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS) e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Educação (NUIPE).

The “poison” and the adrenaline in the “life of crime”: body, emotions and subjectivation

Abstract: The article presents two sets of sensations, emotions that permeate the experience of “life in crime”, that has its starting point at two field researches centered on narratives of adolescents submitted to socio-educational measures. It is about an experience that brings together two aspects at the same time, such as a feeling of living “in the poison” (“no veneno”) - with sensations that mix anguish, suffering, anger and sadness - and the intensity of living a “thug life” (“vida loka”) - marked by adrenaline, presentism. The article also discusses the therapeutic function of the narrative as a way of venting, as well as the elaboration of the “poison”, of the punishments and tortures suffered, in terms of “strengthening”.

Keywords: Emotions, adolescents “in conflict with the law”, violence, narratives.

El “veneno” y la adrenalina en la “vida del crimen”: cuerpo, emociones y subjetivación

Resumen: El artículo presenta dos conjuntos de sensaciones, emociones que impregnan la experiencia en la “vida del crimen” basada en dos investigaciones de campo centradas en las narrativas de adolescentes que cumplieron con medidas socioeducativas. Es una aproximación a una experiencia en la que uno vive, al mismo tiempo, “en veneno”, con sensaciones que mezclan angustia, sufrimiento, ira y tristeza, y en la intensidad de una “vida loka” marcada por la adrenalina, el presentismo. También discute la función terapéutica de la narrativa como una forma de explosión, así como la elaboración del “veneno”, los castigos y las torturas sufridas, en términos de “fortalecimiento”.

Palabras clave: emociones; adolescentes “en conflicto con la ley”; narrativas.

*Aí, X, fica calmo
Não apavore
O veneno vai passar, a qualquer hora
Tem um ditado que diz:
“Coração de vagabundo bate na sola do pé”
Mas o problema é que ele bate, né?
Quando eu era pequeno, meu pai me batia
Olhava em meus olhos e ainda ria
Mamãe me dizia: Joe, deixa quieto
Mas agora eu cresci, pode crer, o papo é reto
Entrei no sistema, mas eu corro pelo certo
Sentado aqui, eu não tenho um amigo
Só meus irmãos, que falam que fecham comigo
Sou Joe MC, superior...
Tenho orgulho, bato no peito
Pois quem não deve não treme
Não tenho medo de ninguém
Se fode, não tenho dó
Ando sozinho, não, não, com os irmão do lado
(Joe)²*

As discussões apresentadas no que segue tratam de emoções e sensações que permeiam a experiência de adolescentes no que eles circunscreveram como “vida no crime”. Elas foram desenvolvidas a partir de duas etnografias (VIEIRA, 2009; 2012; 2014) centradas em narrativas de meninas e meninos em cumprimento de medidas socioeducativas.

A primeira pesquisa de campo (VIEIRA, 2009) – para uma dissertação – foi realizada em instituições de internação para meninos – locais em que viviam longos períodos de isolamento e privados de liberdade. Nesse contexto de interlocução, o que mais chamou a atenção sobre a experiência de internação narrada pelos jovens foi a questão de uma acentuação da dimensão de “estar no veneno” e da narração como possibilidade de “desabafar”, de colocar para fora o que eles chamavam de “veneno”. Tal categoria apareceu quando descreviam sua condição atual (estar “preso”) e também nas referências aos aspectos de sofrimento, de dificuldades na vida que levavam “no crime”. Essa ênfase trouxe à tona uma importante dimensão da vida desses jovens que, em geral, é pouco visibilizada. Quando pensamos em jovens “envolvidos” com o tráfico, o que vem mais facilmente à mente é o “*ethos* guerreiro” (ZALUAR, 1995), a virilidade, a coragem, as guerras. Aprendi que os “guerreiros” também sofrem: ao verem situações difíceis na família, ao presenciarem a morte de um amigo assassinado, ao se lembrarem de pessoas que mataram ou que ajudaram a matar, com o trabalho nas madrugadas, por estarem privados da liberdade. Em suma, foi mais um momento na trajetória de pesquisa que mostrou a importância de uma abertura às múltiplas possibilidades de configuração dos sujeitos e de suas experiências.

Já a pesquisa de campo para a tese (VIEIRA, 2014) deu-se em locais nos quais eram aplicadas medidas socioeducativas de semiliberdade e de liberdade assistida para meninas e meninos. Nesse contexto, em que estavam sob menos vigilância e não submetidos a castigos corporais, vieram à tona relatos sobre situações em que sofreram castigos, torturas, humilhações dentro das instituições de

² Todos os nomes são fictícios e escolhidos pelos próprios jovens que participaram das pesquisas.

internação e na rua. Tais histórias são aqui analisadas no quadro da dimensão de “viver no veneno”. Além disso, outro conjunto de emoções – por eles tratadas em geral em termos de *adrenalina* - permeou as narrativas e se refere a uma dimensão bem diferente: de aventura, de diversão, de experimentação.

No presente artigo, assim trata-se de pensar o lugar das emoções e de uma série de elementos presentes na experiência de institucionalização (castigos, humilhações, “ortopedias morais”, medicalização) que fazem parte da constituição de determinados corpos e sujeitos. Nesse sentido, é importante salientar que:

As emoções não são substâncias, objetos descritíveis cujos equivalentes seriam facilmente identificáveis em duas culturas diferentes por meio do simples exame léxico. Elas são atitudes provisórias que manifestam a tonalidade afetiva do indivíduo na sua relação com o mundo. A causa das emoções, seus efeitos sobre o indivíduo ou sua modalidade de expressão não se concebem fora do sistema de significados e de valores que regem as interações no grupo. (LE BRETON, 2009: 152)

O “veneno”

O termo “veneno” foi recorrente nas narrativas dos interlocutores. Ele apareceu quando descreviam sua condição atual (estar “preso”³) e também nas referências à vida que levavam “no crime”: “*Só veneno esse lugar, né*” (Wesley); “*Ééé, o mundão assim do crime também não vale a pena não, só ilusão mesmo, né... o cara tá bem, depois tá aí, daí é só veneno, né. Daí tem que refletir bem pra a hora que sair não fazer mais isso, né, fazer só coisinha certa, né, pra não se incomodar, né*” (Wesley); “*Tinha muito veneno na cabeça*” (Joe).

Wesley falou do sofrimento que sentiu ao ver um amigo ser assassinado em termos de “veneno”: “*oh, daí mesmo, só veneno, né. Matar assim um parceiro assim do cara, o cara fica até ruim, né, meu deus, né*”. Durante uma conversa coletiva, um dos jovens englobou toda a vida no mundo terrestre como uma vida de *veneno*, de inferno: “*esse mundo aqui não é nada, só veneno, aqui é um inferno mesmo... lá pra frente é que nós vamos ver o outro lado*”. Carlos falou sobre formas de descontar o “veneno”: “*Na hora só veneno, pegar e sentar o laço mesmo, [...] é muito veneno mesmo, só desabafa no gatilho do revólver, vai que vai. [...] aí eu ficava mais às pampa, descontava o veneno*”.

Em conversa com Joe, perguntei diretamente o que significava “veneno” e ele respondeu que é “*tudo que é ruim*”, que é acumulado dentro da pessoa e pode fazê-la sofrer. Joe afirmou, ainda, que “*o veneno fortalece*”. De acordo com ele, os sofrimentos e o fato de ter que lidar com situações diversas de violências tornam a pessoa mais forte. Dessa forma, violências sofridas podem ser a causa de acúmulo de “veneno”, de “sofrimento” e, ao mesmo tempo, podem ser efeito do “veneno”, quando utilizadas para expurgá-lo. Sobre essa dupla percepção a respeito das violências (como causa e como efeito), algumas reflexões de Nietzsche sobre a moral dão-nos pistas interessantes. Em sua *Genealogia da Moral* (1998: 12) aponta que, para que se faça uma crítica dos valores morais, é preciso conhecer as condições nas quais eles nasceram e sob as quais se desenvolveram e se modificaram: “(moral como consequência, como sintoma, máscara, tartufice, *doença*, mal-entendido; mas também moral como causa, *medicamento*, estimulante, inibição, *veneno*)” (destaques nossos). Theophilos Rifiotis, em orientação, lembrou-me que *pharmakos* em grego significa tanto remédio, quanto veneno e

³ Os Centros de internação para cumprimento de medidas socioeducativas do estado de Santa Catarina apresentavam, à época (primeira década dos anos 2000), estrutura, forma de organização e corpo de funcionários similares ao tradicional modelo prisional. Isso explica o acionamento por parte dos jovens das expressões “cadeia”, bem como “estar preso”, quando se referiam a essas instituições.

que, entre os makonde (tribo moçambicana na qual fez campo), a categoria “ntela” é que traz esse duplo sentido. No sistema xamânico Siona, analisado por Esther Jean Langdon (1988), o conceito de *dau* é elemento essencial tanto na cura quanto na causa das doenças. Além disso, consiste na fonte de poder do xamã. Assim como o *veneno*, o *dau* pode causar sofrimento, infortúnio, mas, por ser fonte de “poder”, de “fortalecimento”, pode viabilizar a cura através da mediação do xamã.

Por fim, Joe disse também que o “veneno” relacionado aos sofrimentos que alguém passa pode ser “descontado” por meio de brigas ou “coisas mais graves”. Nesses casos, a experiência de sofrimento relaciona-se também a sentimentos como amargura, raiva e ódio, que podem ser descontados por meio da utilização de violências. Trata-se das situações descritas por Carlos: “*desabafa no gatilho do revólver*” e “*estocar para desabafar*”. Nessas circunstâncias, as violências atuam como meios de expurgar a raiva, o sofrimento. É preciso entender que esse tipo de modalidade de expurgo do sofrimento, de manifestação da raiva, mostra-se a esses sujeitos como o caminho conhecido, como o caminho mais próximo. No que toca à dimensão das políticas, como argumenta Rifiotis (2006), sem repensar as matrizes de sociabilidade nos modelos presentes, não é possível retirar as consequências teóricas que nos permitam superar os limites atualmente colocados, bem como discutir novas direções de intervenção social. Por outro lado, na interlocução com Carlos sobressai uma dimensão politicamente muito importante em relação ao processo de narrar e de escutar. O menino, que “aprendeu” com 13 anos a matar e que só encontrava como caminho de descarrego o “gatilho do revólver” ou “estocar”, “furar” companheiros de cela, diz, no final da nossa conversa, que está se sentindo “às pampa”⁴ e que “leva mais desabafar do que estocar alguém”.

“Narrar para desabafar”

*Cercado por paredes e detrás de uma cela.
Saudades da família e também da minha favela.
CIP ou cadeia, coração amargurado.
À noite a mente pesa, com lembranças do passado
(Ângelo, trecho de letra de rap)*

As narrativas constituem um meio de falar sobre eventos anteriores em que necessariamente aparecerá a dimensão moral (percepções, valorações), bem como um ponto de vista ou um “sujeito em mudança”, que se constrói na narrativa. De acordo com Renato Rosaldo (1993), que tece seus comentários com base na concepção de Ricoeur, as narrativas modulam as experiências temporais e estas, por sua vez, dão corpo às narrativas. Dessa forma, há um agenciamento retrospectivo da experiência, há uma seleção e uma interpretação pautadas por um ponto de vista localizado no presente. É nesse sentido que as narrativas não são tanto representações da experiência, mas são constitutivas dela, modulam-na (BRUNER, 1986; ROSALDO, 1993). A “narrativização”, assim, ao implicar um processo de seleção, de interpretação e de reelaboração com base no presente, configura um espaço para a produção de experiências, eventos, sujeitos. É a partir dessas considerações que se pode falar em termos de um sujeito (ou de posições de sujeito) que emerge(m) ao narrar, que se constitui(em) nesse processo.

⁴ O termo “às pampa” refere-se à sensação de tranquilidade, de sentir-se bem.

Em nossas pesquisas (VIEIRA, 2009; 2014) encontrou-se uma pluralidade de figuras e posições de sujeito que atravessavam os jovens, mas no que tange aos objetivos do presente artigo, as reflexões concentram-se em uma dimensão possível do processo de narrar. No contexto de institucionalização, especialmente, no regime de internação, chamou a atenção a questão de uma acentuação da dimensão de “estar no veneno” e da narração como possibilidade de “desabafar”, de colocar para fora o que eles chamavam de “veneno”. O tom de desabafo prevaleceu nas conversas com os jovens internados. Quando há “desabafo”, há experiências de dificuldades, de sofrimentos. Eles desejavam pôr para fora o “veneno”.

Antes de iniciar a pesquisa de mestrado, algumas pessoas desencorajaram-me, argumentando que seria difícil os jovens falarem comigo sobre a temática de homicídios. Entretanto, muitos dos meninos contatados quiseram falar. Além disso, a maioria contou histórias na primeira pessoa, vivências próprias. Mesmo aqueles que contaram histórias das quais não tinham participado não deixaram de falar sobre suas próprias vidas, sobre suas trajetórias pessoais. Bob me disse que eu era a primeira pessoa a saber daquelas coisas e Carlos falou: “*isso aí é uma coisa que é só minha e dos irmãos, dos irmão da cadeia e a dona agora.*”. Pitu confidenciou que não gostava muito de falar sobre essas coisas, mas que iria falar para: “*colaborar com a senhora*”. Ressalto que expliquei com clareza os objetivos do meu trabalho e que eu estava ali para ouvir apenas aqueles que quisessem falar.

Pensei em muitos fatores que poderiam dar conta da disponibilidade para contar histórias sobre o tema, para contar suas próprias histórias. Levei em consideração o fato de os jovens saberem que eu manteria o sigilo das identidades e que poderiam dar as suas versões das histórias, sem que isso os prejudicasse. Eu provavelmente nunca mais os veria e não faria um relatório acerca deles dirigido ao juiz, como no caso das pedagogas e psicólogas que trabalham nas instituições. A questão de eu também ser jovem e de ser mulher (eles mantêm contato apenas com os funcionários da instituição e com parentes – geralmente, as mães) também tem que ser levada em conta, assim como a vontade de contar sua história, de se sentir ouvido sem julgamentos. Mas, o que considero mais relevante, pois foi algo apontado explicitamente por alguns deles, foi a oportunidade de desabafar.

É importante salientar que o tom de desabafo deve ser entendido como decorrente da forma com que se deu a nossa relação. Eu não representava para eles nem uma pessoa igual (de dentro), nem uma pessoa alheia, que não mereceria confiança. Além disso, coloquei-me desde o início numa posição de escuta. Eles sabiam que era uma escuta diversa daquela das pessoas da instituição, já que era uma escuta sem pretensão de ensinamento, de avaliação, e, além disso, que manteria o sigilo em relação às suas identidades. A seguir, descrevo uma interlocução na qual a questão do “narrar para desabafar” se mostrou claramente.

Em uma de minhas visitas a campo, Carlos foi o primeiro menino que se disponibilizou a falar. Ele tinha uma postura de igualdade em relação a mim, falava olhando em minha direção e, em geral, com tranquilidade. Contou-me a sua vida: seu envolvimento com o tráfico e com o crime organizado; suas mudanças de cidade; suas fugas e sua estada, mesmo sendo menor, em uma delegacia junto aos maiores; os assassinatos que cometeu; sua relação com a família, com sua filha; os pensamentos sobre a possibilidade de “mudar de vida”. Conversamos durante duas horas. Algo que vale pontuar é que tal menino passou por uma espécie de “aprendizado”, cujo objetivo era o de não nutrir sentimento algum, além da raiva, para ser capaz de matar sem constrangimentos. Carlos contou também que usava

muita cocaína e que, sob seu efeito, fazia coisas que não imagina como conseguiu fazer. Quase no final da nossa conversa, relatou que, estando internado, o pensamento ficava “a milhão”. Às vezes acordava a noite assustado, pois era “só veneno nesse lugar”. Falou então sobre a vontade de fugir e contou-me que já havia visto internos que se suicidaram dentro da “cadeia” por “ficar depressivo e se matar”. Nesse ponto, contou então que achava que não tinha pensado em se matar durante outras internações, pois “descontava minha depressão em cima dos outros”, “estocava” (furava) espeto em outros, “*aí eu ficava mais às pampa, descontava o veneno*”. Depois de mais alguns minutos conversando, eu disse para ele que já estávamos falando há uma hora e meia, ele então disse o que segue:

Orra! Tudo isso dona?! Ô, tempo pra caralho, trocando uma ideia, né. Eu já (...), o cara vai desabafando, vai falando, vai ficando bem mais às pampa assim. Ô, o cara fica só na cadeia, pá, vai trocar ideia com as dona ali⁵ o cara fica no veneno, só sai no veneno, mesmo... ô já vem pra dentro do nível mesmo magoadão. O cara troca uma ideia vai desabafando, pá, aí vai clareando a mente do cara, o cara vai pensando mais... o cara vai tendo uma visita o cara vai ficando mais às pampa.

Às vezes, em vez de furar...

É... desabafar leva mais do que chegar e furar alguém, pá, fazer uma coisa errada, né. Leva mais, conversar, desabafar... Leva mais desabafar do que estocar alguém.

Desabafar o cara fica mais às pampa.

Outros meninos explicitaram que foi bom falar comigo para desabafar. José estava, no começo da nossa conversa, muito tenso, muito inquieto. Ele perguntou quanto tempo o gravador poderia gravar e eu disse que várias horas. E então, confidenciou que iria falar o máximo possível para não ter que voltar para a “cela”. Ele estava, provavelmente, transtornado pelo tempo em que esteve trancado. No decorrer da interlocução, foi se soltando e mostrou-se um dos entrevistados mais performáticos. Nas instituições que tive a oportunidade de conhecer, mesmo com os esforços para manter um caráter de medida socioeducativa, uma das grandes limitações era a falta de atividades desse âmbito no cotidiano dos meninos. Em um período do dia eles estudavam, havia espaços para atividades físicas, mas contaram que passavam grande parte do dia nas celas e aproximadamente 12 horas durante a noite. Na dinâmica das instituições, a penalidade (denominada “medida disciplinar”) para o descumprimento das regras impostas é o trancamento do jovem em sua “cela”, às vezes por semanas, com saída apenas para banho e banho de sol. Não se está aqui tentando reproduzir os discursos que enfatizam o valor da ocupação em detrimento da reflexão, do tempo ocioso. O dilema é que o “tempo de parada” e a possibilidade de reflexão quando nas condições descritas, podem ter efeitos psicológicos, físicos e mesmo sociais muito sérios na vida desses sujeitos.

A percepção da narração como uma experiência de “desabafo”, que gera sensações de tranquilidade, de bem-estar, de ficar “às pampa”, remete à “função terapêutica” da narração. Elinor Ochs (2000) aponta que, em muitas comunidades, a atividade de resolver problemas via narração cooperativa é um símbolo de amizade ou pertencimento familiar. Em alguns casos, as histórias são levadas até especialistas da comunidade. De acordo com Ochs, em certas sociedades se diz que esses especialistas “desenrolam” os problemas; em outras, se fala em termos de “psicoterapia”.

As falas que trouxeram os meninos sobre o “desabafo” apontam no sentido de que, também na relação entre antropólogo que escuta e interlocutor que narra,

⁵ “Estar às pampa”, “ficar às pampa”, nas falas dos interlocutores, tinha sempre um sentido positivo: estar bem, estar feliz, estar tranquilo. “As dona ali” a que ele fez referência são as mulheres que trabalhavam na instituição: psicólogas, pedagogas, diretora. Ele deu a entender que após conversar com essas pessoas ele ficava mais triste, mais magoado. É provável que para ele o tom “pedagógico”, as assertivas morais, contribuía para ampliar um estado de autodepreciação, de culpa.

pode ter lugar uma experiência restauradora, “terapêutica”, no sentido de amenizar sofrimentos, angústias (“o veneno”). O “desabafo”, no caso da presente pesquisa, foi situado de duas maneiras: como forma de expurgar o “veneno” relacionado à situação de estar preso (com pouquíssimas relações sociais, privação de liberdade, solidão) e de desabafar em relação a situações passadas que causam sentimentos de culpa, de “peso”, de sofrimento.

É claro que no âmbito da Antropologia a função “terapêutica” da interlocução não é o objetivo, mas não deixa de ser um efeito. E, sendo assim, é preciso pensar sobre esse efeito e suas implicações para a pesquisa. No caso em questão, o “desabafo” foi uma das maneiras de apropriação da pesquisa por parte dos sujeitos. Essa forma de apropriação está ligada ao contexto institucional no qual se realizou a pesquisa e os efeitos desse contexto no cotidiano desses jovens.

Castigos, torturas e humilhações

Na ocasião da pesquisa de campo durante o mestrado, os interlocutores frisaram a condição de sofrimento que prevalecia quando internados. Contudo, não relataram diretamente situações de torturas, castigos extremos sofridos no interior das instituições. Somente durante o campo para tese, na Casa de Semiliberdade, é que despontou uma série de relatos sobre torturas, violações, castigos vivenciados no interior das instituições de internação e na rua. Aqui é importante lembrar que na primeira pesquisa, realizada no interior das instituições de internação, foram raros os momentos em que pude conversar com os adolescentes longe dos chamados monitores (com função similar a dos agentes prisionais). Tal vigilância bem como a desconfiança – como uma atitude de defesa e de prevenção por parte de internados – podem ajudar a entender por que esses relatos não apareceram naquela ocasião. Já na situação em que viviam em uma Casa de Semiliberdade, sentiram-se à vontade para compartilhar essas experiências. Primeiramente, foram relatos espontâneos que apareciam quando perguntados “como era na internação”; depois, dada a recorrência das descrições, passei a perguntar diretamente se haviam sofrido castigos, se tinham apanhado nas instituições.

Seguem relatos das meninas e meninos sobre humilhações, torturas, espancamentos, castigos que, de acordo com eles, ocorreram dentro de unidades de internação (provisória ou definitiva) para cumprimento de medida e na rua, levados a cabo por “monitores” e monitoras ou por agentes policiais. Trata-se de uma dimensão da experiência de estar “no crime”, de ser “criminalizado”, de ser institucionalizado, que foi trazida pelos sujeitos da pesquisa. São relatos que falam de uma presença estatal que deixa marcas visíveis no corpo e com efeitos mais difíceis de descrever no que toca aos aspectos da “alma” – psicológicos, psíquicos, subjetivos.

Passei veneno naquele lugar, foi horrível, acho que foi a pior parte da minha vida. Ficar presa. [...]. Algumas (monitoras), sabe, elas humilhavam a gente, sabe? Elas pisavam na gente (choro), elas faziam o que queria com nós. Eu chamava alguém e pedia para me ajudar. O seu (gerente da instituição), coitado, tentava, não podia. A gente fazia B.O contra elas, não adiantava, não adiantava. Elas ficavam ali debochando da nossa cara, achando que a gente era tola, sabe? [...]

Elas diziam que eu era louca, aqui (mostra as mãos) elas apertavam na mesa com a unha, sabe? E deixaram tudo marcado.... ô, cara... Eu tava com as pernas todas rochas, sabe? Eu tenho marcas, assim, até hoje. Não sei se dá de ver. Tem uma aqui, ô (mostra marca na perna), até hoje.

Elas te deixavam com as pernas presas?

Eu ficava, olha só como eu ficava, vou mostrar (pernas e mãos atadas).

Mas o dia inteiro?

É, uma vez eu fiquei das oito horas até as dez da noite. Elas diziam que era pra eu não me machucar. Mas não era pra eu não me machucar, era pra eu não chutar a porta e pro gerente não vir, sabe?

Essa menina, de acordo com seu relato, entrou depois num estado de depressão, machucava o próprio corpo e continuava a ser agredida pelas monitoras. Acerca das escarificações e cortes autoinfligidos, vale trazer as reflexões de Le Breton (2010: 221-241) sobre o infligir-se dor para lidar com um sofrimento indescrevível; a dor como exorcismo de um trauma, como resistência; as escarificações como “cortes que cessam o sofrimento”⁶.

Contou, ainda que começaram a medicá-la de modo que ficava “praticamente anestesiada”. Cabe ressaltar aqui a questão da medicalização como forma de controle e mesmo de punição, bem como a acusação de “loucura” para a legitimação daquele tipo de tratamento em relação à menina.

Seguem os relatos de meninos acerca de uma situação que parece ser corriqueira, de acordo com vários interlocutores. No momento em que são apreendidos por policiais, antes de serem levados às Delegacias, levam surras, choques, etc.

Os policial da BOPE, quando me pegaram, quase me mataram. Deram um monte de choque, quase me mataram. Tive que fingir que tava quase morrendo pra eles parar de bater.

Antes de chegar na DP... Eles levam pra algum lugar?

Me levaram lá no (...) desativado. Me levaram lá, quase me mataram.

E, quando chega na DP nesse estado, o delegado não pergunta nada?

Pergunta, mas nem adiantava nada. O delegado lá perguntou, né, se tinham me batido, pá. Daí o policial pegou assim no meu pescoço, que era pra falar que não tinha acontecido nada.

Mas não fica marca? Eles batem no corpo?

Aqui, ó, foi do dia que eles me pegaram (mostra cicatrizes). Esse machucado aqui foi do dia que a polícia me pegou. Cada vez que prendia, eles me batiam. Ou me catavam na rua. Quando eu tava foragido daí eu nunca, não tinha deixado eles me catar.

Mas quando eles pegam é feio? Até guri pequeno eles surram?

É feio. Ô, tinha um moleque – um irmão de um amigo meu –, o moleque tinha treze anos e quebraram a costela, tem um buraco aqui na barriga que quebraram as costelas dele. Treze anos de idade, tem um buraco aqui na barriga.

Uma vez, também, nós fizemos outro assalto. Aí nós corremos pra nossa casa [...] aí, nós dentro de casa... Cataram um outro amigo nosso, [...]. Daí o outro amigo nosso foi pra casa dele, e reconheceram ele pelo capacete. Daí foram e cataram ele dentro da casa dele. Daí ele foi e entregou tudo nós. Daí, nós dentro da casa, chegou umas duas viaturas da Tática e duas da Civil, mandaram todo mundo deitar no chão. Daí eles pediam arma, dinheiro. Daí nós falava que não tinha. Daí eles acharam as armas embaixo da casa. Daí eles vieram pedir o dinheiro. E nós não tinha, não tinha dinheiro a mais junto com nós, né? Nós falava que não tinha dinheiro e que não foi nós. Daí os policiais chegaram, me cataram e jogaram... Nós tinha bebida de álcool dentro da casa... Tacaram a bebida de álcool em mim e queimaram a minha perna aqui.

Tacaram fogo aí?

Não, com a maquininha de choque. Foi maquininha de choque.

Deve doer pra caramba...

Nossa, derreteu meu pé [...].

E, quando você tava machucado, você foi pra um hospital?

Não.

O machucado ficou...

Ficou em carne viva. Só a minha mãe que trazia as coisas pra mim sarar. Inflamou tudo lá dentro, que antes de eu vir aqui pra cá eu fiquei um tempão ali na (delegacia).

Acho que uns 10 dias, por aí.

Já nos Centros de internação provisória e de internação:

⁶ Numa outra obra na qual trata as especificidades das “condutas risco” na adolescência, o autor trabalha também a centralidade da pele nesse período da vida e os cortes como atos de passagem numa lógica do sacrifício (LE BRETON, 2007: 99-132).

*Paguei castigo, fiquei um mês de castigo.
Como é que era esse mês? Ficava trancado?
Trancado. Só dentro do quarto, só dentro do quarto, dentro da jega – um quartinho
pequenininho. Um mês, sem pegar sol, sem nada.*

*Sim... Dormi uma semana, também, de algema e marca-passo, sem colchão.
Sem tomar banho, sem nada?
Sem nada.
Uma semana de algema... na perna também? No chão?
No chão.
E nessa semana o que você ficava pensando?
Eu ficava só sentado. E pensando nas coisas...*

Há, também, os casos em que agentes policiais são chamados pela direção das instituições a entrar nessas últimas.

*Aí eu botei na cabeça que eu ia mudar. Eu já botava na cabeça que ia mudar... mas
cabeça fraca, né? Daí a polícia entrava, batia em nós: “Ah, não vou mudar, pá”. Não
tem como mudar, porque vai crescendo uma revolta. Eu botei na cabeça que vou mu-
dar e vou mudar, né?
Então foi um período ruim, né?
É, bem dizer, pra melhorar e tirar fora da sociedade, né? Mas daí a polícia entrava
lá e batia em nós, daí...*

*Aí eles entravam no CIP lá e só eu apanhava. E a dona deixava eu apanhar. Ela ligava
pra fazer revista, eles já entravam lá dando tiro, bala de borracha, na parede, não
tem? Só pra assustar nós. A gente ficava pelado, botavam spray de pimenta no nosso
rosto, nas nossas partes, não tem? Daí ali uma vez eu pensei em fugir, né? Daí eu vi,
“Vou aguentar, né? Se eu fugir, vão me matar, a mesma coisa; eles querem me pegar”.
Eu pensei na minha mãe, aí fiquei. Fazer o quê?*

Em uma conversa com um dos meninos, após ter contado que fiz uma palestra para os “socioeducadores” e técnicas de instituições de internação, ele me perguntou se eu tinha falado que seria melhor se eles não batessem mais nos internos. Conteí o que discuti com os servidores naquela ocasião. O menino relatou, então, que nem todos os monitores os espancavam e que os mais velhos é que eram mais legais, que trocavam ideia com eles. Fiquei surpresa, pois, em geral, são justamente os mais velhos que não têm uma formação específica em relação à ideia de socioeducação. Outra coisa surpreendente que ele falou é que ele achava que deveriam colocar câmeras internas em toda a instituição: “*assim ia dá pra ver se a gente fez pra merecer ou não*”. Eu disse que assim eles seriam vigiados o tempo todo e ele disse que não fazia mal: o ruim era apanhar injustamente. Entre os castigos arbitrários e a vigilância, ele preferia esta última. O “ser visto” a todo tempo parece melhor do que o “ser pego e castigado” a qualquer tempo.

Tais trechos das narrativas podem ser “lidos” de diversas maneiras. Constituem por eles próprios a denúncia de um sistema que se pretende socioeducativo. Essas narrativas falam da prevalência de práticas punitivas pautadas pelo suplício, pelo castigo e pela tortura em tempos de regime democrático e aplicadas justamente ao público ao qual foi preconizada uma condição diferenciada no que tange ao sistema penal.

Os relatos apresentados convergem com as descrições presentes em relatórios do Conselho Nacional de Justiça, bem como com outros documentos acerca de execuções sumárias de adolescentes em confrontos com a polícia no estado de Santa Catarina. É sem dúvida notável haver situações como essa em Florianópolis, capital que ocupa a quarta posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios brasileiros. Porém, o paradoxo se desfaz quando lembramos que boa parte da população demanda “direitos humanos para humanos direitos” e, de certa forma, legítima reprodução das situações acima descritas. Mas

é preciso ir além da denúncia, do mal-estar e da tristeza que sentimos ao ler cada relato e procurar compreender o que tais situações produzem, além de abuso e de vitimização.

Uma leitura mais analítica dessas situações poderia estar na elucidação de como a tortura, as violências em relação ao corpo e à mente são significadas por esses sujeitos e como atuam em suas constituições subjetivas. Acerca desse aspecto, remeto ao trabalho de David Le Breton (2010) no qual ele analisa, dentre outras “experiências da dor”, a tortura como “fratura de si”. Nas suas reflexões sobre pessoas que sofreram torturas – no contexto de situações de guerra e de governos ditatoriais –, predomina a ideia de “implosão do sentimento de identidade”, de “fratura da personalidade”. Não creio ser esse o caso nas experiências dos adolescentes contatados. Eles relatavam as situações de tortura e dos castigos recebidos sem bloqueios. As marcas, as cicatrizes entre eles não são escondidas, não são motivo de vergonha – ao menos em nossa interação e entre eles –, mas são apresentadas como um sinal de força, de sobrevivência, de caráter/ética, como no caso de resistir e não delatar os companheiros. Como aprendi com eles, na constituição de seus corpos e mentes o “veneno fortalece”. A passagem por essas situações compõe a “vida no crime”, é uma de suas faces de sofrimento, mas é encarada como uma parte mais ou menos esperada, assim como “hospital, cadeia, caixão”.

Contudo, há uma característica apontada por Le Breton (2010) e que atinge de maneira muito forte os adolescentes: a quebra da confiança em relação ao mundo ordinário por conta da introdução do imprevisível nessas experiências. Acredito, contudo, que em nosso caso isso se dá não apenas por conta das situações de tortura, mas de uma série de situações de imprevisibilidade: a qualquer momento pode haver um conflito com a polícia, com grupos rivais, com desafetos; em uma hora tem-se tudo – dinheiro, mulheres, amigos – e logo em seguida pode-se perder tudo.

Essa questão da normalidade, da não interpretação das situações em termos de “trauma” e de sua ressignificação em termos de “fortalecimento” nos leva a pensar sobre quais são os intoleráveis, os abusos para esses jovens; o que para eles extrapola, o que para eles é violência. Vale lembrar aqui a fala do menino que preferia câmeras à arbitrariedade dos castigos: ele não colocou em questão os castigos em si, mas o fato de serem gratuitos, “sem a gente merecer”. O abuso, para esse adolescente, não era o uso da força física, mas sua arbitrariedade. Por outro lado, uma das meninas afirma que bater, surrar adolescentes é ilegal. Ela questiona e critica não apenas a arbitrariedade, mas os castigos, a violência física por eles próprios. Entretanto, como apontado, ela faz uma operação de ressignificação, de agenciamento diante de uma situação de castigo: “*Mas eu gostava de ficar no quarto, que eu não tinha que olhar pra cara delas [...]*”.

No caso dos meninos e meninas que passam por diversas situações de violência nesse contexto, dos que vivem um profundo “envolvimento com o crime” e que afirmam ter consciência das consequências, inclusive uma possível morte violenta – “caixão” –, tenho a impressão de que vão constituindo um corpo e uma “mente” resistentes a toda forma de violência dirigida a eles próprios. Para a maioria desses, a “vida longa, segura” não é um valor central e a dignidade de uma pessoa parece concentrar-se no “respeito” e na “consideração” que ela atribui a outrem e que a ela são atribuídos. O sacro, o intocável podem ser, por exemplo, figuras como as mães, as avós e mesmo os objetos que remetem a elas. Vale mais morrer como “sujeito homem” do que viver o resto dos dias como delator, “traíra”, “verme”. Um tapa na “cara” pode ser pior do que um espancamento. Na “X

Reunião de Antropologia do Mercosul”, debatemos o trabalho de Claudia Briones e de Marcela Tomás (2013) sobre *Sentidos y territorios vivenciales de violencias y violentamientos en situaciones de encierro*. Ali também chamou muito a atenção o fato de que, em relação às violações descritas pelas autoras, o que internos consideravam abuso se relacionava à ideia de desrespeito, especialmente no que toca a situações que repercutiam de alguma forma em pessoas pelas quais eles tinham afeto.

É importante lembrar que a consciência da possibilidade de morte violenta – seja em confrontos, seja por “pisadas” – e o foco na intensidade das experiências e não em sua extensão não devem ser tomados como desleixo com a vida. Há uma vontade de vida nessas vidas que se sabem breves. Essa vontade se manifesta nos agenciamentos, nas contra-sujeições que estão presentes em momentos tão limítrofes. Uma das maneiras encontradas pelos adolescentes para resistir e para fazer algo diante das violações no interior das instituições é a rebelião. Alinho-me aos argumentos de Maria Cristina Vicentin (2005), que perspectiva as rebeliões como “acontecimentos-resistência”, como “linhas de fuga” ante os aparatos de repressão, vigilância e extermínio.

Durante um dos dias da pesquisa de campo na Casa, chegaram alguns adolescentes “novos” após uma rebelião em um centro de internação. Eles me perguntaram se eu sabia do acontecido: “*Quebramo tudo*”. Relataram que estavam apanhando frequentemente dos monitores. De acordo com os jovens, eles entravam nas celas, batiam, davam chutes e choques. O diretor da instituição teria mesmo demonstrado pena em certa ocasião diante do estado em que estava um dos internos, contudo fez “vista grossa”. Segundo os adolescentes, a gota d’água foi um tapa no rosto de um dos internos. Aí vale lembrar o que discuti acima sobre o limite do tolerável, que, nesse caso, parece ser mais moral do que físico. Contaram, ainda, que, no dia em que se rebelaram, foram destruindo tudo com chutes e que, com as pedras de concreto das coisas quebradas, acertavam o resto. A Polícia Militar foi chamada. Antes de ser algemado, um deles ainda bateu em um dos monitores. Foram para o pátio com as mãos para cima e deviam também tirar a roupa, ficando apenas com a roupa de baixo. Quem estava sem cueca ficou sem nada mesmo. Ainda, segundo o relato, ficaram de joelhos em frente aos policiais e começaram a cantar uma música cuja letra dizia: “*Matar os polícia é a nossa meta*” (*Apologia*, Mc Daleste). Perguntei se eles não tinham medo e eles disseram que não: “os caras” não podiam matar eles ali; e, se matassem, “*fazer o quê? Essa vida é isso mesmo. O cara sabe que vai morrer*”. Resistir, mesmo ou principalmente diante da possibilidade da morte, é uma maneira de tornar-se sujeito, de não ser apagado, subsumido, violado.

Em síntese, nesse processo, esses adolescentes constituem corpos resistentes em que o “veneno” e “o sofrimento” fortalecem, bem como um caminho que seguem a despeito de o ponto de chegada ser “hospital, cadeia, caixão”. No entanto, eles também falaram sobre outras dimensões “dessa vida” que envolvem emoções e sensações bem diversas daquelas relacionadas ao “veneno”, como, por exemplo, a diversão, a adrenalina, a aventura.

Emoções e alterações: a “adrenalina”, o uso de “drogas”, a medicalização

Quando narravam suas histórias havia um momento do relato, quase sempre o primeiro, no qual a entrada na *vida no crime* era dotada de sentido, era justifi-

cada. Se há aí uma espécie de “neutralização moral”, é porque se trata de um discurso que é fruto de uma interpelação; um discurso “para fora” em que há a necessidade de criar uma comunicação entre mundos que são colocados como coisas distintas. Em um segundo momento, seguindo esse esforço de se comunicar, o relato passava a descrever elementos de transição, de passagem entre mundos: o “enturmamento”, os conflitos e rupturas com as instâncias que representam o que se está “deixando” – família e escola. Seguiu uma terceira etapa na qual já se estava no “mundão”. As descrições ganhavam vivacidade; o tom mais sério e, por vezes, triste dava lugar a falas e a gestos cheios de emoção. Eram, então, descritas as aventuras “no crime”: os assaltos, as fugas da polícia. Mas a emoção e a intensidade nem sempre tinham esse caráter de adrenalina; era o mesmo momento em que falavam sobre o “veneno”.

Voltemos à questão das emoções relativas à intensidade. Para grande parte dos adolescentes com que se teve contato, o aspecto da experimentação da adrenalina como motivador e como um fator que reforça os pontos positivos da “vida no crime” não pode ser negligenciado. Vale lembrar que para alguns a *adrenalina* não define e nem explica a experiência “no crime” – “é coisa de playboy que se envolve por fama e por prazer” – enquanto para outros é citada como algo fundamental. Assim como marcadores de gênero – tais como o “*ethos* guerreiro” – não dão conta de toda a experiência no crime, o jogo com as emoções e com os limites pode ser pensado como um elemento, dentre outros, importante na configuração da “vida no crime” e dos modos de subjetivação que se constituem a partir dela.

A ideia da aventura, do movimento, da *adrenalina* permeava as concepções e as experiências cotidianas dos jovens contatados. A experimentação com os limites não apareceu somente nas descrições sobre as atividades ligadas ao “crime”, mas também em outras situações presenciada, como o fato de eles entrarem no mar ou em uma lagoa durante o inverno, com a água fria. Rubens – educador da Casa que quando adolescente cumpriu medidas – contou uma série de “aventuras” que viveu em sua infância e adolescência. Ele e seus amigos inventavam várias brincadeiras que envolviam suspense, superação de medos e desafio da linha entre a morte e a vida. Todas essas experiências eram uma forma de diversão, mas também podemos entendê-las, seguindo Le Breton (2004; 2007), como rituais de passagem, de busca de sentido e de “gosto pela vida”, bem como de desafio aos limites para justamente se inscrever na vida, constituir-se.

Mas, na vida dos adolescentes em questão, a sensação de adrenalina, em muitas situações, estava associada à prática de infrações, especialmente nos casos de assaltos. Para Maria Eduarda, audaciosa e focada no presente, a dimensão positiva dessa emoção era tão forte que a fazia nada temer. Quando perguntada se não tinha medo de morrer, disse: “*Não. Nem pensava nisso na real. Nem pensava no que ia acontecer, só pensava em coisa boa, mesmo, curtindo ali, com os amigos, né?*”

A adrenalina parece ser um tipo de emoção que, dependendo da pessoa ou do contexto, envolve sentimentos distintos como prazer e medo. Além disso, exige ou promove uma determinada postura, como explicou Luiz Paulo: “*Um nervoso com atitude, né? Que também o cara quer mostrar pros amigo do cara também que o cara não é coisa, né? Quer mostrar que o cara é...*”.

Nas experiências de infração, a sensação de adrenalina estava associada a situações de perigo, de risco de morte, bem como de enfrentamento e, por sua vez, de demonstração de coragem, de perspicácia. Havia também situações que não envolvem adrenalina no momento da infração, mas que visavam à diversão, como

no caso narrado por Jéferson, que roubava motos para se divertir, para aprender a andar, para ir a festas.

Uma das pistas para pensar a relação entre a *adrenalina* e o cometimento de infrações pode ser encontrada em Jack Katz (1988) que é uma referência um tanto quanto desconcertante – e, por isso mesmo, fundamental – em sua análise fenomenológica dos “atrativos morais” e “sensórios” do crime. Seu foco está na coerência situacional das práticas. Além disso, nas obras de David Le Breton, especialmente sobre as “condutas de risco” entre adolescentes, tais práticas – nas quais o traço comum consiste na exposição de si a uma probabilidade não negligenciável de morrer ou de se ferir – são interpretadas como ritos ordálicos ou como ritos de passagem contemporâneos nos quais o jovem “joga” com a morte buscando significado para sua existência. No caso da “delinquência juvenil” o autor também sinaliza o aspecto do prazer da transgressão. A delinquência e a violência, nesse contexto, inserem-se na busca de sensações, como uma maneira intensa de entrar em contato com o mundo (LE BRETON, 2004; 2007).

Existem sempre nuances. Felipe, ao responder sobre se sentia adrenalina, alguma sensação boa, expressa uma espécie de amortecimento das emoções ao longo de suas experiências *no crime*: “Normal, eu ajo normal, como se não fosse nada”.

Uso de substâncias psicoativas

A grande maioria dos interlocutores nas duas experiências de pesquisa não apenas trabalhava no comércio de drogas, mas também fazia uso de algum tipo de droga lícita ou ilícita. Havia graus de “envolvimento” diversos em relação ao uso bem como diferentes maneiras de se “relacionar” com as substâncias. Mas, mostrou-se recorrente o fato de o sistema socioeducativo desconsiderar que muitos desses jovens eram, além de “traficantes”, dependentes químicos e, desse modo, não prever e garantir tratamentos adequados. Outro elemento que se repetiu se refere a uma dimensão mais “nativa” da questão no sentido de que havia uma série de interdições e prescrições e a figura do usuário de *crack* (“casqueiro”) como símbolo do interdito, do sujo, do excesso, do anormal.

Boa parte dos adolescentes relatou que fazia uso de maconha. Para eles, se houvesse uma escala, a maconha estaria quase fora da categoria drogas: “nunca usei nada, só maconha”. O uso era legitimado, permitido e recorrente no grupo, e foram ressaltadas por eles as sensações de relaxamento, de calma. Alguns jovens contaram que faziam uso também de tabaco. Vários meninos disseram que em festas bebiam e, por vezes, usavam cocaína e/ou “balas”, “doces” (*ecstasy*, LSD). Como contou Luiz Paulo, em alguns lugares há interdições claras quanto ao uso de drogas – com a exceção da maconha – pelos “trabalhadores do tráfico”, de forma que os negócios não sejam prejudicados.

Nos discursos em relação à interdição ao crack, aparecia essa questão da possibilidade de prejuízos financeiros, mas, estavam presentes também avaliações, julgamentos morais. O “casqueiro” não é confiável para trabalhar no tráfico e, além disso, ele é um sujeito que não é capaz de “correr pelo certo”, de seguir as normas compartilhadas. Ele é ainda, uma das posições de sujeito com uma vida “matável” dentro das avaliações que são feitas no grupo em relação a quem pode/deve ser punido com a vida em caso de dívidas, de “pisadas”.

Para alguns deles o uso de algumas substâncias, especialmente a cocaína, estava atrelado ao cometimento de infrações, funcionando como um aditivo de emoção e adrenalina e/ou como um encorajador:

Oh, parecia que, meu Deus, oh... parecia que o mundo... Se me desse uma arma e um policial na frente, a gente se matava, eu e o policial. Porque é um poder, sabe? Eu acho que pior que presidente da república, assim, tu se sente muito, demais.... É ruim, sabe? É ruim. (Fernanda)

E pra roubar sempre cheirava?

É, sempre cheirava.

E aumentava a adrenalina?

Aumentava. Ô ô, aumentava mesmo.

E como é que era, assim?

Ah, tipo uma, não sei, uma sensação, eu não sei, não tem como explicar. É tipo, por exemplo... tu bota um negócio na mente, daí a adrenalina já vai, já te impulsiona, já faz as coisas no impulso, já. Daí faz. Não tá nem aí pra ninguém... (Jonas)

A cocaína atuava, assim, como mais um dos componentes de uma vida que se constitui na intensidade. A interação entre drogas, sujeitos e crime promove, de acordo com os contextos e com as substâncias, “alter-ações” de encorajamento e incremento das fortes emoções, de relaxamento e de tranquilidade, entre outras. Nesse sentido, é pertinente a contribuição de Eduardo Viana Vargas (2006) sobre o tema quando sugere que não é suficiente indagar “por que as pessoas usam drogas?”, mas “o que ocorre em práticas como essas?”, “que experiência usuários e substâncias realizam?” As respostas que surgem para esse outro conjunto de questões apontam para a existência de *eventos* – as “ondas” das drogas – que, de acordo com Viana, envolvem agenciamentos paradoxais de autoabandono e modos singulares de engajamento no mundo, nos quais as substâncias são mediadores indispensáveis.

Essa abertura para o reconhecimento de modos plurais de viver a vida nos quais a vida intensa mobiliza uma determinada série de drogas é um movimento importante também na análise da “vida loka”. Isso não quer dizer que se desconsidere o uso de drogas ilícitas entre crianças e adolescentes como um problema sério a ser enfrentado por toda a sociedade. Vale lembrar aqui outro problema grave e pouco encarado como “problema”: a indicação e o uso abusivo, indiscriminado, aleatório de drogas lícitas como a ritalina – considerada a droga da “disciplina” – para crianças e jovens em vários lugares do mundo, inclusive nas instituições de semiliberdade visitadas.

Um último ponto importante é a questão do tratamento, ou melhor, da falta dele. Diante da inexistência de instâncias formais, da restrição ao acesso a profissionais especializados, sobressaiu o agenciamento dos próprios adolescentes. Vários relataram que, sozinhos, deixaram de usar uma ou outra droga. É claro que são casos pontuais, que muitos deles voltam a fazer uso das substâncias que deixaram de usar, mas é preciso considerar essa questão colocada por eles em termos de “botar na mente”, “ter a cabeça forte”. Júlia, por exemplo, conseguiu deixar de usar crack quando foi internada na semiliberdade. Novamente é possível identificar movimentos de agenciamento por parte desses jovens, seja no jogo com a vida intensa, seja na busca pelo autocontrole.

Medicalização

Nas experiências de campo, especialmente na Casa de Semiliberdade, chamou a atenção a medicalização intensiva dos adolescentes. Em um mural na sala dos educadores ficava uma lista de jovens que tomavam medicação contínua como ritalina, antidepressivos, estabilizantes do humor. Não se trata aqui de culpabilizar a instituição pela maneira como conduzia a questão. A Casa reproduzia e aderiu a uma configuração contemporânea das *biopolíticas*, públicas ou não, nas quais acesso à saúde é sinônimo de acesso a medicamentos (FASSIN, 2010;

MALUF, 2012). A ritalina, por exemplo, vem sido receitada indiscriminadamente para crianças e adolescentes das diversas classes sociais. No caso de alguns adolescentes, acumulam-se em seus corpos efeitos das drogas ilícitas e lícitas. A vida na instituição e a determinação de alguns os tinha feito deixar de usar cocaína e crack, como discutiu-se anteriormente, mas os tinha aproximado de drogas fortíssimas que nossa sociedade propaga, legitima e dissemina posto que contam coma assinatura de uma parte significativa da ciência e da medicina. É curioso também que alguns estavam ali privados de liberdade por conta de “tráfico de drogas”: o mesmo Estado que pune a venda de algumas drogas, prioriza e incentiva em suas políticas o uso de outras drogas. Fernanda Bittencourt Ribeiro (2013) em seu trabalho sobre a “lei da palmada” chama a atenção para a seguinte incongruência: de um lado a ampliação da noção de violência para toda prática que provoque dor e de outro a disseminação de drogas “de obediência” que anestesiam as crianças.

O lugar das emoções “na vida do crime”

Há uma série de dimensões que compõem a experiência *no crime*. Em cada uma, há valores, linhas de sujeição e/ou subjetivação, mundos de referência. Todas atravessam os jovens em questão e cada uma delas é acionada de acordo com os contextos de ação e de comunicação e de acordo com os sujeitos em relação (VIEIRA, 2014).

Como se mencionou, a questão “*por que entrou no crime*” interpela os sujeitos a darem sentido, explicações sobre sua conduta como desvio. É uma instância em que estão pressupostos um domínio da ordem e outro das rupturas em relação à ordem. Nela entram em cena os processos de produção da delinquência, de nomeação, de seletividade e as categorias que enquadram os sujeitos como delinquentes, infratores, criminosos, em conflito com a lei.

Outra dimensão, um dos focos do presente artigo se refere a estar *no crime* apesar disso significar “hospital, cadeia e caixão”. Aqui é possível pensar que se abre um espaço de resistência, de afirmação de um sujeito que – embora institucionalizado (“vida nua”, sujeita à tortura, à matabilidade), sofredor – elabora o *veneno* que corre em suas veias, as cicatrizes que marcam seu corpo e as modulações que pressionam sua alma, em termos de fortalecimento. A consciência de que se pode ser torturado, humilhado, espancado, “preso” e morto e, apesar disso, e partir disso, seguir nesse caminho. Judith Butler (2006) coloca que as bases para uma comunidade estão relacionadas à nossa exposição e à nossa cumplicidade com a violência, com a nossa vulnerabilidade à perda e ao trabalho de luto que a segue. Para ela, em parte, cada um de nós se constitui politicamente em função da vulnerabilidade social de nossos corpos – como lugar de desejo, de vulnerabilidade física, de afirmação e de exposição. O surpreendente, no caso desses jovens, é que suas vidas, aos olhos de fora “abjetas”, “matáveis”, são constituídas por eles como vidas que valem a pena ser vividas, apesar disso. E essas vidas para eles têm sentido, são afirmadas na maneira como são vividas. É aí que entra a terceira dimensão: como se vive nessa vida.

Ela é digna de ser vivida por sua intensividade – “viver pouco como um rei” –, pelas sensações (adrenalina, aventura, diversão) que ela proporciona e porque nela corre-se *pelo certo*. Nela forma-se uma comunidade de valores, uma comunidade política na qual devem prevalecer o respeito e a humildade entre os membros, de modo que todos se sintam devidamente “considerados”. Há aí, ao menos

como horizonte e como objeto de problematização moral, a constituição de um sujeito ético, o “sujeito-homem”.

Diferentes emoções como o “veneno” e a adrenalina fazem parte, assim, de um quadro mais geral das dimensões de uma determinada experiência, de um certo estar no mundo. Elas constituem determinados corpos e participam centralmente dos processos de subjetivação desses adolescentes na “vida do crime”. Além disso, possibilitam o questionamento de categorias e compreensões ortodoxas de corpo, de vida e de sujeito, apontando para a multiplicidade de lógicas de produção de si.

Recebido 31 de agosto de 2019.

Aprovado 28 de janeiro de 2020.

Referências

BRIONES, Claudia; TOMÁS, Marcela. Sentidos y territorios vivenciales de violencias y violentamientos en situaciones de encierro. *Apresentação trabalho X RAM*. GT 64: Muertes, violencias y territorio: sentidos y escenarios en América Latina. CD-ROM, Córdoba, 2013.

BRUNER, Edward M. “Ethnography as Narrative”. In: TURNER, Victor W.; BRUNER, Edward M. *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press. Urbana and Chicago, 1986.

BUTLER, Judith. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Front Cover. Editorial Paidós, 2006.

FASSIN, Didier. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Seuil/Gallimard, 2010.

FEFFERMANN, Marisa. *Vidas arriscadas. O cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico*. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

KATZ, Jack. *Seductions of crime. Moral and sensual attractions in doing evil*. New York: Basic Books, 1988.

LANGDON, Esther Jean. “DAU”. In: *Religião, Magia ou Feitiçaria. O Pensamento Antropológico sobre o Xamanismo*. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Adjunto na Universidade Federal de Santa Catarina (cópia de versão impressa), 1988.

LE BRETON, David. Les conduites à risque des jeunes: des violences sur soi à celles sur les autres. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 188 (8): 1313-1322, 2004.

LE BRETON, David. *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris: Éditions Métailié, 2007.

LE BRETON, David. *As paixões ordinárias: antropologia das emoções*. Petrópolis: Vozes, 2009

LE BRETON, David. *Expériences de la douleur: entre destruction et renaissance*. Paris: Éditions Métailié, 2010.

MALUF, Sônia W. Antropologia, Narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*, 5 (12): 13-37, 1999.

MALUF, Sônia W. Réflexion sur les expériences sociales et les politiques publiques dans le domaine de la santé mentale au Brésil. *Antropologia em primeira mão*, 133, 2012.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da Moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OCHS, Elinor. “Narrativa”. In: *El discurso como estructura y proceso. Estudios del discurso: introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa, 2000.

RIBEIRO, Fernanda Bittencourt. Governo dos adultos, governo das crianças: Atores, práticas e discursos a partir da lei da palmada. (Dossiê Infâncias e Crianças: saberes, tecnologias e práticas). *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, 13 (2): 292-308, 2013.

RIFIOTIS, Theophilos. Alice do outro lado do espelho: revisitando as matrizes das violências e dos conflitos sociais. *Revista de Ciências Sociais*, 37 (2): 27-33, 2006.

ROSALDO, Renato. “Narrative Analysis”. In: *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon Press, 1993.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, 49 (2): 581-623, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina G. *A vida em rebelião: jovens em conflito com a lei*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2005.

VIEIRA, Danielli. *Vivendo “no veneno”*: Análise de narrativas contadas por jovens sobre homicídios em Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

VIEIRA, Danielli. “Vivendo no veneno”: narrativas contadas por jovens sobre homicídios em Santa Catarina. In: RIFIOTIS, Theophilos; VIEIRA, Danielli (orgs.). *Um olhar antropológico sobre violência e justiça: etnografias, ensaios e estudos de narrativas*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2012.

VIEIRA, Danielli. *Correndo pelo certo, vivendo no crime: moral, subjetivação e comensurabilidade na experiência de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

ZALUAR, Alba. *Condomínio do Diabo: as classes populares urbanas e a lógica do ferro e do fumo*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1995.

Da (bio) política às biopotências: reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil

*Esmael Alves de Oliveira*¹
Universidade Federal da Grande Dourados

*Danilo Cleiton Lopes*²
Faculdade Anhanguera, Dourados

Resumo: O presente artigo apresenta algumas reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil. O cenário em que nos encontramos, no ano corrente, é de instabilidade em relação a algumas conquistas obtidas ao longo da história pelos trabalhadores e usuários desses serviços. Para fins de análise, e tomando como base as reflexões de Michel Foucault, debruçamo-nos tanto sobre a “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” quanto sobre a nota técnica n. 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. A partir do estudo dessas duas materialidades biopolíticas esperamos evidenciar tanto os mecanismos produtores de “morte e/ou assujeitamentos” quanto as diferentes estratégias de mobilização e resistências (biopotências). Desse modo, reverberamos as biopotências e resistências por novas superfícies de registro: por uma sociedade sem manicômios.

Palavras-chave: saúde mental; álcool e drogas; biopolítica; biopotência.

¹ Professor adjunto, do curso de Ciências Sociais, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGAnt) da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (FCH/UFGD) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGAS/UFMS). Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2014), com pós-doutorado junto ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS, 2018).

² Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PGPsi/UFGD) na linha de pesquisa de Processos Psicossociais (2018). Especialista em Saúde pela Residência Multiprofissional em Saúde na ênfase de Atenção à Saúde Indígena pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD, 2016). Graduado em Psicologia (Bacharelado e Licenciatura) pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (FCH/UFGD, 2013).

From the (bio) policies to biopotencies: reflections on current conditions of public mental health policies in Brazil

Abstract: This article presents some reflections on the current conditions of the public mental health policies in Brazil. The scenario we are now facing, in the current year, shows instability regarding some achievements obtained throughout history by workers and users of those services. For the purpose of analysis and based on the reflections by Michel Foucault, we have focused closely on the “Policy of the Department of Health towards the integrated health care of users of alcohol and other drugs” regarding technical note n. 11/2019 whose title was “New Mental Health” by the General Coordination of Mental Health, Alcohol, and Other Drugs. Drawing from these two biopolitical materials we expect to evince both the mechanisms producing “death and/or submission of subjects” and the different strategies of mobilization and resistance (biopotentials). Thus, we reverberate the biopotentials and resistances by means of new surfaces of domain: looking forward to a society with asylums and madhouses.

Keywords: mental health; alcohol and drugs; biopolitics; biopotential.

De la política (bio) a las biopotencias: reflexiones sobre las condiciones actuales de las políticas públicas de salud mental en Brasil

Resumen: El presente texto presenta algunas reflexiones sobre las actuales condiciones de las políticas públicas de salud mental en el Brasil. El escenario en que nos encontramos, en el corriente año, es de inestabilidad con relación a algunas conquistas obtenidas a lo largo de la historia por los trabajadores y usuarios de estos servicios. Para fines de análisis, y tomando como base las reflexiones de Michel Foucault, nos focalizamos tanto sobre la “Política del Ministerio de la Salud para la atención integral a los usuarios de alcohol y otras drogas” como también sobre la nota técnica n. 11/2019 titulada, “Nueva Salud Mental”, de la Coordinación-General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. A partir de estas dos materialidades biopolíticas esperamos poner en evidencia tanto los mecanismos productores de “muerte y/o asujamiento” cuanto a las diferentes estrategias de movilización y resistencias (biopotencias). De ese modo, reverberamos las biopotencias y resistencias por nuevas superficies de registro: por una sociedad sin manicomios.

Palabras clave: salud mental; alcohol y drogas; biopolítica; biopotência.

“Repara bem no que não digo”.
Paulo Leminski

“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”.
Caetano Veloso

O presente artigo apresenta algumas reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil. O cenário em que nos encontramos, no ano corrente, é de instabilidade em relação a algumas conquistas obtidas ao longo da história pelos trabalhadores e usuários desses serviços. Entre essas conquistas democráticas, destacam-se os movimentos conhecidos como a Luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, finalmente consolidada legalmente pela lei n. 10.216, de 2001. Trata-se de dois movimentos fundamentais no processo de redemocratização do país, que se articulam e podem ser melhor compreendidos pelos trabalhos de Luchmann e Rodrigues (2007) e Tenório (2002).

As reflexões aqui apresentadas são compostas pela análise da “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” e da nota técnica n. 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Secretaria de Atenção à Saúde e Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Esses documentos são articulados às vivências empíricas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por parte de um dos autores em um município do interior do Estado de Mato Grosso do Sul.

Nesse cenário, encontramos-nos por vezes na posição de trabalhadores de saúde e/ou de docentes universitários em espaços de produção de cuidados em saúde mental. Assim, para além da análise dos dispositivos legais já referidos, que compõe a primeira cena deste trabalho, será apresentado um episódio dessas vivências, dividido na segunda e terceira cena articuladas aos dispositivos legais, junto aos sujeitos usuários dos serviços, familiares, trabalhadores e gestores de saúde. Com isso, objetivamos pensar as materialidades discursivas que produzem o sujeito e a subjetividade “usuário de álcool e drogas” e “portador de transtorno mental”: entre continuidade, descontinuidades e retrocessos.

Para isso, inspirando-nos nas reflexões de Michel Foucault sobre biopoder e biopolítica (1988, 2007), buscamos deslindar as práticas discursivas que normalizam as ações do Ministério da Saúde (MS), em documentos distintos, em torno de grupos socialmente vulneráveis e cujos estilos de vida tornam-se alvos de atenção e intervenção por parte de um estado que busca a todo custo “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 1988).

Desse modo indagamos: seriam a política do MS e a nota técnica uma estratégia biopolítica? Quais as continuidades e descontinuidades dos jogos de saber-poder que forjam sujeitos e práticas? Face ao modelo biopolítico das políticas de

saúde, haveria espaço para a produção de biopotências? São aspectos que buscaremos explorar.

Diante de um cenário (bio-micro)político

Produto de intensas mobilizações sociais, a política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas só pode ser plenamente compreendida se associada a um contexto político-social mais amplo que se instaura no Brasil, sobretudo a partir da década de 1980, em torno de uma concepção de saúde integral e acaba por resultar na criação do SUS. Nos termos de Santos e Ferla,

Na história do sistema de saúde brasileiro, um longo caminho foi percorrido para que o cuidado às pessoas que usam drogas fosse incorporado às políticas e endereçado aos serviços de saúde e, em especial, na principal porta de entrada do sistema, que são as unidades de atenção básica. A atenção aos cidadãos em uso dessas substâncias inicia-se no princípio dos anos 1990, com a adoção de uma abordagem voltada para a Redução de Danos (RD), como no conjunto de ações de prevenção à AIDS e, posteriormente, em 2003, com a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. (SANTOS e FERLA, 2017: 833)

Contudo, nem sempre foi assim. Vale lembrar que, ao longo de todo o século XX, no Brasil, predominou um modelo de intervenção junto a usuários de álcool e drogas de viés predominantemente jurídico-policialesco. Se em um primeiro momento o consumo de “drogas ilícitas” mostrava-se incipiente, o mesmo não pode ser afirmado do consumo de bebidas alcoólicas. De todo modo, havia uma tendência a serem estes considerados pelo viés punitivista e higienista. Tal compreensão esteve de acordo com os pactos acordados pelo Brasil em grandes convenções internacionais (como a convenção de Haia de 1911) e devidamente reiterados na esfera legal (por exemplo no Código Penal Brasileiro, de 1924) (MACHADO e MIRANDA, 2007: 803).

Conforme Machado e Miranda (2007), a partir da década de 1970, entra em cena outro ator importante: a medicina. Essa “entrada” implicaria a passagem de um problema de segurança pública para uma questão de saúde pública, pela qual o usuário oscilaria entre a tipificação de “delinquente” à de “doente” (MACHADO e MIRANDA, 2007: 804). Mais uma vez, os aparatos de governamentalidade encontram, para além do campo jurídico, na medicina/psiquiatria, uma das bases de sustentação para o enquadramento de sua população. Nesses termos, o uso e a dependência de drogas passam a ser compreendidos pelo viés da medicalização. Eis que surge a figura do “dependente químico”.

Nesse governo da vida, outras estratégias foram constituídas tais como: a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) na década de 1980 (extinto em 1998), o Programa de Ação Nacional Antidrogas (de 1996), o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD, de 1998) e seus futuros desdobramentos, como a política que estamos analisando (BRASIL, MS, 2003). Além disso, cabe mencionar o importante marco do 1º Fórum Nacional Antidrogas, ocorrido em 1998, que resultou na Política Nacional Antidrogas (PNAD, de 2001), e o 2º Fórum Nacional Antidrogas, realizado no mesmo ano. Observam-se, em todas essas iniciativas tensões, embates, negociações, impasses, retrocessos, mas também avanços. Não se pode ignorar, contudo, que todas essas mobilizações, a partir da década de 1990, foram fundamentais para uma mudança de pauta: por uma atuação norteada pela redução de danos e não pela repressão, até então explícita na “política de abstinência”.

Como toda política pública, os documentos que servem de base às ações em saúde também precisam ser analisados à luz não apenas de seus dilemas e limites,

mas também, e principalmente, de suas possibilidades (BRIGAGÃO, NASCIMENTO e SPINK, 2011).

Como bem pontuado por Guatarri, em “Revolução Molecular”:

Assim como me parece ilusório apostar numa transformação paulatina da sociedade, penso que as tentativas microscópicas, do tipo comunidades, comissões de bairro, a organização de uma creche numa faculdade etc., podem desempenhar um papel absolutamente fundamental. E trabalhando em pequenas tentativas como estas que se contribui para o desencadeamento de grandes fraturas [...]. Neste campo, acredito num reformismo permanente da organização revolucionária. Mais valem dez fracassos repetidos ou resultados insignificantes que uma passividade embrutecida face aos mecanismos de recuperação e as manipulações burocráticas dos militantes profissionais. (GUATARRI, 1985: 85)

Assim, como algo que é produzido em determinado tempo sócio-histórico-político, atravessado por valores e ideologias e mobilizado por diferentes interesses e demandas, há que se pensar não apenas a dimensão institucional das normativas (nível macro), mas também os agentes que lhe dão contorno, os termos e categorias que constroem os sentidos – responsáveis por dizer determinada coisa e não outra – e ao mesmo tempo aquilo que escapa às intenções de seus formuladores (nível micro).

Conforme nos explica Foucault, o poder deve ser entendido como:

multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais. (FOUCAULT, 1988: 88-89)

Há que se estar atento às fissuras, às ambiguidades, às contradições, às complexas redes de negociação e aos agenciamentos que atravessam as políticas e que produzem resistência. Afinal, o poder “não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma certa situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1988: 89).

Isso permite distanciarmo-nos tanto de uma leitura que resvale em uma defesa/adesão cega, impossibilitando inclusive avanços, quanto de uma crítica que implique a completa desqualificação do que foi construído e consolidado. Desse modo, considerar os atravessamentos de saber-poder que constituem as práticas e perceber também os micropoderes, agenciamentos e resistências que são gestados em seu interior (junto e ao mesmo tempo) nos possibilita uma análise mais amadurecida das políticas públicas (e, neste caso, de saúde). É preciso, portanto, refletir tanto quanto sobre a dimensão político-institucional, sobre as linhas de fuga, os entre-lugares, as ambiguidades que atravessam espaços, instituições, burocracias e relações e que revelam que as tentativas de captura unilateral dos mecanismos de controle/poder são precárias e, nesse sentido, nunca plenamente realizadas.

Torna-se imperioso, assim, fugirmos das leituras fatalistas e vitimizadoras.

Partir, se evadir, é traçar uma linha. [...] A linha de fuga é uma desterritorialização. Os franceses não sabem bem o que é isso. É claro que eles fogem como todo mundo, mas eles pensam que fugir é sair do mundo, místico ou arte, ou então alguma coisa covarde, porque se escapa dos engajamentos e das responsabilidades. Fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É também fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vaziar como se fura um cano. [...] Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia. Só se descobre mundos através de uma longa fuga quebrada. (DELEUZE, 1998: 49)

Portanto, o que as entrelinhas das políticas promovidas pelo Ministério da Saúde (2003, 2019) em relação a saúde mental nos dizem tanto em termos dessas linhas de fuga quanto das tentativas biopolíticas para capturá-las?

No que tange especificamente à “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, há vários aspectos importantes e que avançam no sentido de uma compreensão mais ampla do fenômeno da dependência química e que se revelam em um compromisso com a transversalização, com a ruptura com as compreensões e lógicas binarizantes e estigmatizantes, no enfoque na redução de danos (como método e estratégia) e não na abstinência, em uma preocupação com uma abordagem clínico-política, na atenção na construção de redes de suporte social, na perspectiva ampliada da clínica e de saúde pública, em uma pauta preventiva, pelo foco na educação e no controle social. (BRASIL, 2003)

Nos termos de Machado e Miranda,

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública. (MACHADO; MIRANDA, 2007: 818)

Apesar disso, em um movimento de analisar tal política com certo distanciamento, há que se pensar também suas ambiguidades e impasses. Quais os avanços implicariam necessariamente a permanência de contradições? E o que dizer dos atuais retrocessos em voga? São questões que buscaremos problematizar a partir de diferentes cenas.

CENA 1

A política de álcool e outras drogas: entre discontinuidades e continuidades

Segundo Michel Foucault (1988), na passagem do século XVII para o século XVIII, vislumbra-se uma mudança paradigmática nos regimes de saber-poder. Se até então o poder soberano era aquele a quem “o direito de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 1988: 128) se impunha, transformações de ordem histórica, social, econômica e política possibilitarão que, ao longo do século XVIII (denominado pelo autor de época clássica), constitua-se um novo modelo de soberania em que o paradigma da morte cede lugar ao da “vida”.

Há, para o autor, assim, a emergência de um poder que se produz e se movimenta em duas grandes direções: uma individual e outra coletiva. Na perspectiva foucaultiana, o primeiro movimento seria centrado no corpo-máquina, cujo foco deveria ser o adestramento, a ampliação das aptidões, a subtração das forças e a produção de um corpo dócil e útil, a ser forjado e integrado por meio de uma anátomo-política do corpo humano que tinha na disciplina seu dispositivo por excelência (FOUCAULT, 1988).

O segundo movimento, configurado a partir da segunda metade do século XVIII, teria como foco o corpo-espécie, pelo qual os processos biológicos, o controle da população, dos nascimentos, da mortalidade, do nível de saúde, da duração da vida e da longevidade ganhariam a primeira cena e constituiriam uma biopolítica da população (FOUCAULT, 1988: 31). Assim, seria a incidência da dis-

ciplina sobre a dimensão anatômica (corpo) e da regulamentação sobre a dimensão biológica (espécie), que inauguraria a era do biopoder (FOUCAULT, 1988: 132). Nesse cenário biopolítico, a polícia e a estatística aparecem como mecanismos indispensáveis para os procedimentos de governo cujo foco passa a ser a população.

Segundo Foucault (2007), podemos inferir, pois, que vivemos na era da governamentalidade, esta compreendida como:

1) o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança; 2) a tendência que em todo Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes; 3) o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (FOUCAULT, 2007: 291-292)

O que isso nos ajuda a pensar com relação à política de álcool e drogas? Voltemos ao documento:

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. (BRASIL, 2003: 5-12)

E continua:

[...] dados fornecidos por estudo capitaneado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (Murray e Lopez, 1996). (BRASIL, 2003: 12)

Observa-se que um dos aspectos presentes nos trechos é justamente a centralidade que os dados estatísticos ocupam. É a estatística, conforme Foucault (2007), que vai revelar as características próprias da população, apontar o número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes, etc. A estatística rimaria com as táticas da governamentalização, pois,

se a estatística tinha até então funcionado no interior do quadro administrativo da soberania, ela vai revelar pouco a pouco que a população tem uma regularidade própria: número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes, etc.; a estatística revela também que a população tem características próprias e que seus fenômenos são irreduzíveis aos da família: as grandes epidemias, a mortalidade endêmica, a espiral do trabalho e da riqueza, etc.; revela finalmente que a população através de seus deslocamentos, de sua atividade, a população produz efeitos econômicos específicos. (FOUCAULT, 2007: 288)

Nesse sentido, ela serve para “atestar”, “garantir”, “respaldar”, “justificar” uma dada intervenção. No caso específico da política de álcool e drogas, torna-se um “problema” que merece a atenção de organismos governamentais e não governamentais, uma vez que estes estão inseridos num discurso do numericamente justificável. Assim, faz-se necessário o uso de:

Campanhas, através das quais se age diretamente sobre a população, e técnicas que vão agir indiretamente sobre ela e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se deem conta, a taxa de natalidade, ou dirigir para uma determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos da população. (FOUCAULT, 2007: 289)

Além disso, conforme já pontuado por outros autores (BARROSO, KNAUTH e MACHADO, 2014; RUI, 2014), não é incomum o discurso moral se apresentar

como um dos elementos constituintes da política oficial de saúde, sobretudo no que diz respeito ao modo como as intervenções são realizadas na prática. É assim que, sem dificuldades, encontramos frases ou categorias que denotam noções de desvio, de risco, de sofrimento. Instaure-se um verdadeiro pânico moral, cujo objetivo é a comoção social em torno do diferente e dissonante tido como algo perigoso, abjeto, anormal, patológico e que está presente em noções como: “sofrimento global trazido por este consumo”, “aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas” (BRASIL, 2003: 5). Como em um jogo de figura e fundo, de afirmação da vida em nome da morte, constrói-se um posto simétrico rousseauiano: “a promoção de maior qualidade de vida” (BRASIL, 2003: 5). Mas o que é qualidade de vida? Segundo quais critérios? Para quem? Como pensá-la sem considerarmos as condições objetivas da vida? Enfim, seria tal política apenas mais uma estratégia biopolítica?

Sem desconsiderar que se trata de um plano datado de 2003 e, portanto, marcado por um determinado contexto e por um conjunto de preocupações localizadas no tempo, há que se pensar como, por meio da materialidade de seu discurso, a ação ecoa para além da marcação temporal. Haveria no Plano, de fato, uma completa “superação” dos modelos jurídico-policialescos e biomédicos que o antecederam? Afinal, não podemos ignorar que,

Orientada por um novo norte – a redução dos riscos e danos – a política de saúde para usuários de drogas, estabelecida em 2003, não deixa de ter como alguns de seus antecedentes as práticas, os serviços e as condições propiciadas e apoiadas pelo aparato jurídico institucional repressivo. (MACHADO e MIRANDA, 2007: 819)

Assim, é no mínimo ambígua a exposição de um discurso que se pretende de “reconhecimento”, mas que ao mesmo tempo reitera uma lógica de “superação do consumo” (BRASIL, 2003: 8). Logo, a dependência acaba por aparecer como um risco em si mesmo, como algo a ser enfrentado, combatido, eliminado a qualquer custo. O discurso-estratégia do pânico ganha a primeira cena e a relação entre juventude e álcool lhe é acoplada de modo determinístico e inescapável, cujo resultado só poderia ser catastrófico e que se revelaria em “altos índices de abandono escolar, bem como [n]o rompimento de outros laços sociais” (BRASIL, 2003: 13). Dessa forma, não surpreende o estabelecimento de uma relação determinista “entre o uso do álcool, outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência” (BRASIL, 2003: 14).

E o que pensar sobre o fato de que, ao longo do Plano, a dependência resvala em uma compreensão diagnóstica (portanto biomédica), por meio da qual as razões para uma possível dependência seriam devidamente compreendidas na chave dos diagnósticos, dos distúrbios, dos transtornos, apelando quase para uma dimensão hereditária (BRASIL, 2003: 13)?

Além disso, seria o consumo de “drogas ilícitas” o único problema de saúde pública na área de saúde mental no Brasil? Ainda que o plano reconheça o aumento do número crescente de consumo de psicofármacos (BRASIL, 2003: 14), não nos parece que esta seja uma questão de primeira ordem. Isso porque, em comparação ao uso do álcool e de drogas ilícitas, o consumo de psicofármacos legalizados parece ser secundarizado na análise.

Desse modo, como desconsiderar o modelo social vigente que privilegia homens e mulheres produtivos e bem-sucedidos? É a estes referentes (produtividade e sucesso) que é comparado e contrastado o público alvo das políticas oficiais de saúde? Ou seja, tornam-se um problema quando deixam de atingir certa expectativa socialmente convencionalizada de comportamento esperado? Esta-

riam os workaholics³, assíduos consumidores de psicoestimulantes e antidepressivos, mas socialmente hiperprodutivos, também contemplados pelas políticas de saúde? Estariam eles devidamente representados na categorização “outras drogas”? Ou seu produtivismo dispensaria qualquer atenção e preocupação por parte dos organismos de saúde? Conforme apontam Machado e Miranda (2007: 806), há uma

tendência observada no Brasil de estabelecer ações governamentais tendo em vista os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, e não orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas.

Outra questão importante do Plano e que permanece pouco esclarecida é quanto a uma possível articulação entre justiça, segurança e defesa (BRASIL, 2003: 9). Em quais termos? Em um cenário como o nosso, intensamente marcado pelo encarceramento em massa⁴, pela violência policial, pela criminalização de minorias sociais e raciais (pobres e negros), qual seria o papel da segurança e da defesa? Essa parceria se daria em quais termos? Respeitaria quais limites?

Tais questões, por mais complexas que sejam, precisam ser encaradas a fim de problematizarmos os dispositivos ideológicos que produzem e reiteram desigualdades (ainda quando seu propósito se pretende outro) e que retroalimentam e sustentam exclusões sociais baseadas em marcadores sociais de diferença (raça/etnia, classe, gênero, geração). Afinal, a quem se deve “fazer viver e deixar morrer”? Que vidas são biopoliticamente importantes? Por quê? Para qual(is) propósito(s)? A partir de quais condições?

Há que se analisar como as táticas de governo têm gerido vidas precárias e precarizadas. Nesse sentido, importa saber como os atuais discursos de saúde, cuidado e qualidade de vida têm servido como táticas eficazes de domínio de um Outro socialmente indesejável, com a finalidade de dizer a ele como deve ser, como deve viver, como deve se comportar, enfim, como deve morrer.

Compreender a arte de governar sob a perspectiva de Foucault (2007) significa estarmos atentos a instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas de saber e de poder que cercam o governo das populações, tendo em vista que:

Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. Devemos compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem a população como seu alvo principal e os dispositivos de segurança como seus mecanismos essenciais. (FOUCAULT, 2007: 291)

³ Termo utilizado para se referir a pessoas altamente produtivas e que trabalham compulsivamente.

⁴ Diversos trabalhos e dados apontam que o Brasil está entre os países que mais prende no mundo (Cf. Rafael GODOI, 2015; Jacson BELUZI, 2019).

“Havia um retrocesso no meio do caminho”⁵: Nota técnica nº 11/2019 e seus (inter)ditos

Em 1987, quando ocorre em Bauru (SP) a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que contam com a presença de novos atores, como é o caso das associações de usuários dos serviços e familiares, destaca-se a busca pela transformação das práticas psiquiátricas. Deflagra-se, com isso, uma renovação teórica e política na atenção à saúde mental, com a “afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade” no enfrentamento dos desafios daí oriundos. Com a participação de usuários e familiares, é criada uma espécie de documento oficial: o Manifesto de Bauru, que dá origem à Articulação Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007: 403).

Desde então, em grande parte do território nacional, é realizada anualmente a semana da Luta Antimanicomial. O mesmo ocorre atualmente nas territorialidades onde atuamos na produção de sentidos e cuidados em saúde mental. Nessas territorialidades ocorreu, ao longo de 2019, junto à RAPS do município de Dourados (MS), uma “Oficina da Luta antimanicomial”. Estavam presentes usuários (as), gestores (as) e trabalhadores (as) de saúde mental, psicólogos (as), enfermeiros (as), médicos (as) psiquiatras, assistentes sociais, entre outros (as). Esses atores-sujeitos representavam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS ad), o Ambulatório de Saúde Mental e a Policlínica de Atendimento Infantil (PAI). Além deles, outros profissionais de saúde mental, atualmente na condição de docentes das universidades públicas e privadas no município em que funciona a RAPS e da capital do estado do Mato Grosso do Sul, fizeram parte dos diálogos como facilitadores, a convite da organização do evento.

Além da motivação intrínseca desde a deflagração do movimento da Luta antimanicomial, sinteticamente apresentado acima, o evento foi pensado tendo em vista as ameaças de retrocessos sinalizados pela nota técnica n. 11/2019 divulgada em 4 de fevereiro de 2019 no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Ela foi retirada, em seguida, após a sinalização do descabimento da proposta, por parte dos conselhos federais e regionais das diferentes profissões de saúde e parte da sociedade civil, engajada na ressignificação das práticas e sentidos da saúde mental.

O evento se iniciou com a apresentação dos atores-sujeitos presentes que estavam sentados em roda. Ficou combinado que, inicialmente, cada facilitador traria algum tema disparador para que todos se articulassem entre si, com o objetivo de orientar os diálogos e discussões durante a oficina. Primeiramente, foi apresentada uma retrospectiva histórica do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, a partir da experiência de uma das profissionais-professoras⁶ de saúde mental e saúde coletiva.

A narrativa seguinte versava sobre a nota técnica n. 11/2019 (BRASIL, 2019) e sobre os perigos que ela representa para o cuidado em saúde mental. O profissional-professor da área trazia alguns exemplos cotidianos de sua experiência an-

⁵ Aqui nos inspiramos no famoso poema “No Meio do Caminho” de Carlos Drummond de Andrade para pensarmos as dificuldades e entraves presentes na consolidação da política de saúde mental.

⁶ O termo profissional-professor está empregado dessa forma tendo em vista a fragmentação existente entre profissionais de saúde e professores, como herança maniqueísta da lógica aristotélica e método cartesiano, pelos quais não pode coabitar no mesmo sujeito funções diferentes, mesmo que sejam indissociáveis do ponto de vista vivencial.

terior aos efeitos da Reforma Psiquiátrica e a sua formação profissional. Ponderou acerca dos avanços obtidos a partir do Movimento da Luta Antimanicomial e da diferença significativa que isso fez na sua formação profissional. Em sua fala se explicitava uma produção de subjetividade comprometida com a ruptura com o modelo hospitalocêntrico e asilar de controle dos ditos “doentes mentais” e “dependentes químicos”, atualmente denominados pelas políticas públicas do Ministério da Saúde como “usuários de álcool e outras drogas” e “portadores de transtorno mental” (BRASIL, 2003; BRASIL, 2001).

A enunciação de abertura do facilitador tratava de alguns temas principais discutidos nacionalmente por inúmeras entidades profissionais, como o Conselho Federal de Psicologia – que, naquele momento, já havia se manifestado por meio de nota de repúdio⁷ – sobre a proposta governamental denominada “Nova Saúde Mental”, a saber: inclusão de hospitais psiquiátricos nas Redes de Atenção Psicossocial (Raps); incentivo ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT); internação de crianças e adolescentes; e o uso da abstinência no tratamento contra as drogas.

Sobre a “inclusão de hospitais psiquiátricos nas Raps”, destacava o facilitador: “configura-se como um ataque às estratégias de desinstitucionalização dos grupos-sujeitos e da busca por sua autonomia nos processos de cuidado no território”. Ainda segundo ele,

a institucionalização exclui o sujeito do convívio social e despotencializa o cuidado, potencializando apenas o controle dos corpos-mentes tal como era feito antes da Reforma Psiquiátrica. Então essa não é uma “Nova Saúde Mental”, mas sim uma “contrarreforma”, isto é, contrária a Reforma Psiquiátrica e o próprio Movimento da Luta Antimanicomial. (Transcrição elaborada a partir da memória de um dos autores)

Ao tentar iniciar suas colocações sobre os riscos do incentivo ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT), o profissional é imediatamente interrompido por um participante médico psiquiatra. Com um discurso fechado e volumoso, este se levanta e assevera: “Aí vocês estão me provocando. Vocês vêm da universidade, quando é assim nunca nem entraram no serviço e ficam falando isso. A eletroconvulsoterapia é um procedimento reconhecido cientificamente, não tem nada de choque como antigamente”. No meio dessa fala houve a tentativa de aplauso por parte de uma participante, que dizia: “*isso mesmo, doutor!*”, mas que se viu frustrada por não ter sido acompanhada pelos demais.

Preocupada com o tom da argumentação do ator-sujeito médico psiquiatra, uma das organizadoras da atividade questiona se não é possível para este participante aguardar o final da fala do facilitador e dos (as) demais para que possa ter seu momento de fala, assim como havia sido combinado coletivamente no início da oficina. O ator-sujeito dispara: “*eu não posso falar? Eu vou falar sim*”. A organizadora então reafirma: “*todos podem falar, só pedimos que aguarde o término da fala do professor*”. Irritado o médico psiquiatra conclui: “*Então ‘tá’ bom, vou ficar aqui então*”, sentando-se ao lado do facilitador.

Ao perceber a fala e ação intimidatória do médico (M), o facilitador (F) se dirige a ele e o questiona: “*você quer interditar minha fala? Porque não espera que conclua minha fala? Todos têm seu momento de falar*”.

M. insiste: *o que você está falando não existe, está falando o que não sabe.*

F.: *O que eu não sei?*

M.: *O que você falou sobre a eletroconvulsoterapia...*

F.: *Falei o quê? Você não me deixou concluir, já me interrompeu. Nem sabe o que vou dizer.*

⁷ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

M.: *Então tá bom!* – Levanta-se, joga um copo plástico no chão e se retira acompanhado de um psicólogo.

Ainda em um clima de perplexidade por parte de alguns participantes, uma médica psiquiatra afirma: “*eu falo que não dá para colocar psiquiatra e psicólogo juntos*”. “*Gente, não se pode querer proibir a ECT, é reconhecida*”. A coordenadora do evento se desculpa pelo ocorrido, pede a compreensão dos demais em relação ao colega trabalhador de saúde mental, que se encontra na posição de médico psiquiatra, e sugere que a fala interrompida seja retomada.

Aparece nessa cena a articulação das três formas de objetivação do sujeito estudadas ao longo da obra de Foucault (1995). A primeira é o modo de investigação ou dito científico. Ademais, podem-se destacar ao menos três formas do modo de objetivação investigação-ciência: o sujeito do discurso instituído na filologia e na linguística; o sujeito produtivo trabalhador tramado pela análise das riquezas e economia; e o sujeito vivo, pensado pela biologia e pela história natural: o que emerge na fala do ator-sujeito médico psiquiatra que se vê atacado e provocado em sua intimidade. Ele se vê como o único sujeito produtivo trabalhador, pois, para ele, os demais nem sabem o que acontece em um serviço. Além disso, trata-se do sujeito do suposto saber-poder, que garante essa primeira forma de objetivação: o sujeito vivo do ponto de vista biológico.

O segundo modo de objetivação é chamado por Foucault (1995) de prática divisora, em que o sujeito é separado internamente e em relação aos outros. As principais objetivações são: “o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons meninos” (FOUCAULT, 1995: 231). No trabalho em saúde mental, segundo o registro de nossa vivência e análise, essa divisão se dá entre o sujeito médico e os demais trabalhadores de saúde, isto é, aquele que sabe e os demais “não sabedores”. Destaca-se que ambos não podem coabitar sem que haja uma subalternização de um sobre o outro.

O terceiro modo de objetivação pode ser entendido como *subjetivação*, já que versa sobre a passagem do ser humano à própria condição de sujeito. Um exemplo disso é como, a partir do domínio da sexualidade, Foucault identifica por que os seres humanos aprendem a se reconhecer e a se identificar como sujeitos de sexualidade. No caso em análise, os indivíduos usuários do serviço de saúde mental são subjetivados como sujeitos do saber biomédico em detrimento de sua biopotência. Isto é, não nos importa o sujeito das relações humanas, dos afetos, das condições de vida e afins, reduzimo-lo ao corpo fisiológico e a suas alterações, desconectando-o assim da multiplicidade de atravessamentos vivenciados, seja do ponto de vista político, histórico, econômico, social e cultural, seja no âmbito singular, psíquico, existencial, que, de modo geral, antecede suas alterações neuroquímicas.

Partindo dessa perspectiva, a técnica biomédica da ECT mostra-se como um instrumento à disposição para se concertar o sujeito biológico mecanicista defeituoso, visto por esse prisma unilateral de subjetivação.

De volta à cena, o professor-profissional de saúde mental retoma sua argumentação sinalizando que não gostaria de que as coisas tomassem tal rumo. Contudo, não poderia ser interdito como um “doente mental” no período manicomial e ter sua fala deslegitimada pela suposta autoridade científica, neste caso representada pelo profissional psiquiatra:

Minha loucura deve ser vivida, não interdita ou enclausurada. [...] Além disso, se pelo fato de estar representando a universidade a minha fala perde seu valor, vocês me desculpem, mas não deveriam ter me chamado.

Sinaliza com isso que o fato de estar na condição de professor não o diminui em relação aos demais, tampouco o torna melhor por isso. Portanto, caso as pessoas que estivessem ali concordassem com a afirmativa que deslegitima a fala de um sujeito por pertencer à universidade, ele não faria questão de continuar sua fala. É prontamente acolhido e solicitam a continuidade de suas contribuições.

Em seguida, retoma seu discurso do ponto de onde havia sido interrompido e continua sua análise em relação ao incentivo ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT):

É preciso observar o que está sendo analisado. Em nenhum momento falei (até porque fui interrompido) de proibir ou deslegitimei o valor terapêutico da eletroconvulsoterapia, ou de qualquer outra técnica, até porque ela já é autorizada e utilizada atualmente. A crítica está no incentivo dessa prática. Ela deve ser utilizada em casos muito específicos, com critérios muito bem estabelecidos e respeitados, e não ser incentivada, pois será posta em relações de poder, das quais, historicamente, como estamos apontando, reproduzem o controle e não o cuidado.

Nesse ponto, o ator-sujeito em questão converge na implicação junto às lutas antiautoritárias e à resistência tal como assinaladas por Foucault (1995: 235): “O que é questionado é a maneira pela qual o saber circula e funciona, suas relações com o poder. Em resumo, o *régime du savoir*”.

Em seguida, aponta que o sujeito usuário dos serviços de saúde mental, seja “usuário de álcool ou outras drogas” ou “acometido por transtorno mental”, deve ser acolhido para o cuidado e incluído nesse processo, não de forma vertical ou horizontal, mas de maneira transversal na busca de sua autonomia. Isso implica não uma obediência inflexível ao instituído pelos serviços de saúde mental, mas na busca por saberes-fazeres instituintes que potencializam a coprodução do cuidado.

Sua fala, portanto, apontava para o que nos diz Merhy (2019):

se faz necessário o uso de tecnologias leves – presente no espaço relacional entre trabalhador-usuário e implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato e não apenas as tecnologias leves-duras – expressas como que em uma caixa de conhecimentos técnicos do trabalhador e “na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia” – e nas tecnologias duras – expressas pela “caixa de ferramenta tecnológica” à disposição do trabalhador, ao alcance de suas mãos, como o aparelho de ECT, por exemplo – como a nota técnica pretende colocar. (MERHY, 2019: s/p)

Sobre o item “internação de crianças e adolescentes” nos mesmos espaços de pacientes adultos (quarto, enfermaria ou ala), o facilitador reflete sobre o destaque à “exceção” atribuída a esse fato no documento analisado. Explica a nota: “A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes” (BRASIL, 2019). Destaca-se que a linha entre a “exceção à regra” e a “exceção como regra” é muito tênue, como aponta Agamben (2010), quando o estado de exceção representa o paradigma de governo.

Portanto, se estamos nos referindo aos modos de subjetivação que visam à construção de um corpo populacional dócil, submisso e subalternizado a um campo de saber-poder (médico), que vem renovando sua força autoritária na atualidade, esta se mostra uma estratégia salutar de produção de subjetividade adaptativa à sistêmica individualista-produtivista-capitalista-perversa. A infância e a adolescência são descaracterizadas como fase de desenvolvimento peculiar, como apontam alguns campos do conhecimento sobre desenvolvimento humano. Além dos prejuízos à produção de subjetividade de crianças e adolescentes expostas a

tais modos de objetivação, observa-se aqui a negação do direito à cidadania de crianças e adolescentes de serem reconhecidos como tal. Passam por um processo de adultização da infância e adolescência por meio de práticas e concepções que remontam, de acordo com Ariès (1981), ao século XVI.

A partir das contribuições de Ariès (1981), apontamos que a infância é um acontecimento social e, portanto, está assentada em parâmetros sociais que em nosso contexto são sempre: ideológicos, políticos e econômicos. A partir da aquisição adulta aos retrocessos nas políticas de atenção à saúde mental infantil e adolescente, podemos corroborar com a produção de subjetividades infantis adultizadas e adoecidas.

O leitor mais (des) atento deve estar questionando: o texto se refere “sempre em benefício do paciente”. Aqui cabe questionar quais são os critérios e de onde estes advêm para determinar o que é o “benefício do paciente”. Como determiná-lo? A partir de quais parâmetros? A estratégia discursiva da nota nos revela que não existem critérios, assim, na forma plural, apenas um critério, isto é, as determinações do discurso biomédico. Sabemos que este não é o único elemento a ser avaliado e considerado, senão a exceção (de internação mesmo junto a adultos) se torna a regra. Contudo, reconhecer outros campos do saber que tensionam esse saber-poder é desestabilizar o projeto político com qual ele está, historicamente, alinhado: a domesticação dos corpos-mentes a partir de estratégias autoritárias e higienistas.

Como nos esclarece Barros (2002: 73), o que nos interessa questionar a respeito do modelo biomédico mecanicista não se trata dos seus notáveis avanços a partir do século XVII conjuntamente com a física e a química, mas sim os “descaminhos ou as estratégias e interesses que, em especial a partir da revolução industrial capitalista passaram a prevalecer”. Nesse sentido, pode-se compreender que a biografia – compreendida como a narrativa e a enunciação da história do próprio sujeito e/ou grupo-sujeito – não importa quando se presume que a nosografia – a história da doença determinada por um agente externo (médico) – tornou-se o elemento verdadeiro para o trato com este corpo-sujeito (BARROS, 2002: 73-74).

O item “uso da abstinência no tratamento contra as drogas” aparece na nota técnica da seguinte forma: “Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas” (BRASIL, 2019). Observa-se o apelo moral que o enunciado expressa ao relacionar a abstinência com a “liberdade” em relação às drogas. Para se ver livre delas, basta estar e permanecer abstinente. Tão simples quanto irresponsável, pois não se discutem quais os fatores implicados à dificuldade de se alcançar esse estado, nem sobre o saber-poder que regula essa obrigatoriedade. Além disso, responsabiliza-se unilateralmente o sujeito “usuário de álcool e outras drogas”, uma vez que, caso não esteja abstinente, não será contemplado nas ações de “cuidado”.

Essa proposta contraria a política de Redução de Danos, que pauta as estratégias de cuidado em saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Com base na política do Ministério da Saúde (2004-2003), o “Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD” afirma:

RD é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida. [...]. Uma das premissas da RD é que parte das pessoas que consomem algum tipo de drogas (lícita ou ilícita) não consegue, ou não quer, interromper o uso.

Essa escolha não impede o direito ao cuidado e à saúde, conforme os princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade). (BRASIL, 2015: 39)

Demonstra-se com isso a incompatibilidade da nota técnica intitulada “Nova Saúde Mental” com os princípios do SUS. Isto é, a novidade nada mais é que uma velha e arcaica repetição da estratégia biopolítica. Além disso, reafirma-se que a pretendida “política da abstinência” representa o retrocesso a um modelo higienista moralizante que vê um distúrbio moral no sujeito que apresenta uso nocivo de álcool e outras drogas.

O texto da nota traz em sua introdução um estudo que verifica “a migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional”, isto é, a existência de “50.000 doentes mentais graves no cárcere”. Segundo o estudo, “tal cenário é fruto direto dos equívocos fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente” (BRASIL, 2019). Isso evidencia a estratégia discursiva do documento que inicialmente apresenta uma pesquisa com dados alarmantes sobre a realidade dos grupos-sujeitos “portadores de algum transtorno mental” e, em seguida, justificam tal situação de maneira descontextualizada, correlacionando-a ao “fechamento de leitos psiquiátricos”. Com isso, desconsidera de sua análise, enviesada por seus interesses controladores e autoritários, os inúmeros fatores que dificultam e inviabilizam até os dias atuais a implementação da política de saúde mental pensada a partir da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Distorce também os reais motivos que ocasionam a situação apontada pela pesquisa, pois o encarceramento de pessoas em prisões não está associado à falta de leitos psiquiátricos, mas ao excesso do desejo de manicômios que insistem em habitar o imaginário social brasileiro e conseqüentemente a execução de suas políticas públicas. Afinal, a racionalidade moralista, higienista e policialesca permanece nas alternativas, aparentemente, contrapostas. Entre leitos e cárceres, existem sempre corpos-sujeitos impedidos de transitar-existir no mundo, como se a ele não pertencessem e cujas formas de vida precisassem ser continuamente interditas, medicalizadas, “eletrificadas” (vide o recurso a ECT) e trancafiadas (vide a força do discurso hospital-psiquiátrico-cêntrico).

O discurso da nota técnica n. 11/2019 visa, portanto, reintrojetar no imaginário social uma suposta necessidade de leitos psiquiátricos, como se as alternativas históricas a essa “política de leitos”, como é o caso da “política do território” a partir dos avanços da reforma psiquiátrica, fossem responsáveis pelas dificuldades enfrentadas na execução das políticas de saúde mental na contemporaneidade. Isso fica evidente no desenrolar da “Oficina da Luta Antimanicomial” que será expressa na cena seguinte.

CENA 3

“É fácil falar do usuário, difícil é ser o usuário”: as biopotências como antídoto às capturas biopolíticas

A cena que se segue remonta novamente ao evento “Oficina da Luta Antimanicomial”, cuja fala começa a circular entre os demais presentes. Dentre as narrativas, destaca-se a de um ator-sujeito profissional de psicologia: “Não sei se é um problema incluir os hospitais na RAPS. Eu acho que precisamos sim de mais leitos hospitalares”. Em seguida, ele explica algumas situações reais em que identifica a necessidade de internação de alguns “usuários de álcool e outras drogas”, mas que, supostamente, segundo seu discurso, devido à inexistência de leitos hospitalares se vê impossibilitado de realizar o cuidado desses usuários do serviço.

Como a fala circula, alguns outros atores-sujeitos se manifestam em relação à opinião colocada. Uma profissional de psicologia destaca:

Concordo com a necessidade de auxílio de outros pontos da rede. Mas penso que isso não justifica a inclusão dos hospitais na RAPS. A própria RAPS tem a alternativa que é o CAPS III. O município já responde a esses critérios, só que fica apenas na promessa e nunca acontece [A implementação do CAPSad III].

Nessas narrativas percebemos os efeitos das relações de poder e de resistência. “Capturado” pela “racionalidade específica da responsabilidade profissional individual” diante do cuidado em saúde, o ator-sujeito se vê acuado diante da biopolítica que apresenta como alternativa a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS. Acuado, posto que a soma entre os dados de realidade (usuários com necessidade de outras estratégias de cuidado para além dos realizados no território existencial) mais a inoperância do Estado e suas formas de governo em relação à aplicação das políticas públicas (como a implementação do CAPSad III), faz com que o ator-sujeito se “renda”. Com isso, ao perceber sua insuficiência diante da problemática, o trabalhador de saúde, desamparado, compreende que a única forma de cuidar do usuário é, aceitar a reação do biopoder. Desse modo, passa a concordar com o retorno da lógica manicomial hospitalocêntrica a partir da inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS. Isso, em detrimento dos espaços de liberdade ou biopotência, criado pelo cuidado no território a partir da RAPS.

Em contraposição, a narrativa seguinte demonstra a necessidade de se analisar essa ‘racionalidade específica da responsabilidade profissional individual’ para “compreender como fomos capturados em nossa própria história” (FOUCAULT, 1995: 234). Portanto, “o que necessitamos é de uma nova economia das relações de poder – entendendo-se economia num sentido teórico e prático” (idem: 233).

Essa nova economia das relações de poder deve estar relacionada à situação presente, deve ser mais empírica.

Ela consiste em utilizar as formas de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida. Para usar uma outra metáfora, ela consiste em usar essa resistência como um catalisador químico de modo a esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados. Mais do que analisar o poder do ponto de vista de sua racionalidade interna, ela consiste em analisar as relações de poder através do antagonismo das estratégias. (FOUCAULT, 1995: 234)

Na esteira das relações de poder e resistência, surge a fala de uma profissional de saúde ao ponderar sobre a noção de autonomia: “eu não sei se algumas pessoas têm condições de saber e escolher o que querem”. Trata-se de uma narrativa reveladora de nossa produção de subjetividade pautada na cega devoção a uma suposta razão infalível de alguns (trabalhadores de saúde) e no seu desprovemento por parte de outros (usuário de álcool e outras drogas). Segundo a lógica de tal devoção, o usuário torna-se incapaz de responder por si mesmo e de assumir os rumos de sua vida, permanecendo em dependência total do poder-saber das disciplinas de saúde. Sobretudo do saber-poder biomédico, pois é quem detém as tecnologias de contenção.

No mesmo espaço de produção e na contramão dessa afirmação, ao nosso ver, encontra-se a enunciação do próprio usuário dos serviços: “É fácil falar do usuário, difícil é ser o usuário”. Não basta que enunciemos sobre o outro ou sobre seu modo de levar a vida a partir das teorias e perspectivas científicas que possuímos. É preciso desfazer-nos de nossas certezas sobre o outro, “usuário de álcool e

outras drogas” ou “portador de transtorno mental”, para que possamos nos aproximar de seus devires.

Em outras palavras, é compreender, como nos aponta Emerson Merhy (2019: s/p), que “o cuidado é um acontecimento produtivo intercessor” que ocorre por um processo de intersecção partilhada e não por uma intersecção objetal. Assim, na relação entre o trabalhador de saúde e os usuários, no jogo de necessidades que os acompanha, está presente uma relação entre o agente produtor (trabalhador) e o consumidor objeto da ação (usuário). Contudo, este não deixa de ser um agente ativo dessa relação em ato e que deve expressar seu modo de vivenciar e construir suas necessidades de saúde a partir de sua intencionalidade, representações e conhecimentos. Nesse processo de trabalho, tem-se a possibilidade de se perspectivar a realização de um produto final, que pode ser a saúde do usuário caso seja compreendida por este como um facilitador que o permita viver a vida no mundo de acordo com seu universo de representações.

Ademais, alerta-nos Merhy (2019) sobre as necessidades que os agentes consumidores e produtores portam, macro e micropoliticamente. No entanto, além de as possuírem, eles também instituem necessidades singulares, que na relação entre trabalho vivo e trabalho morto ao qual estão submetidos, atravessam e desestabilizam o modelo instituído.

(In) Conclusões finais

A partir de tudo o que foi discutido, e inspirando-nos em Peter Pal Pelbart (2015: 25), indagamos: “Seriam as virtualidades do desejo sempre esmagadas por uma megamáquina social?” Quisemos, durante este longo percurso etnográfico-analítico, problematizar os dilemas, os limites e as possibilidades das políticas de saúde mental. Ao destrincharmos a “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2003) e a nota técnica n. 11/2019 (BRASIL, 2019), buscamos compreender as nuances que cercam dispositivos de saber-poder contemporâneos e tomá-los como um campo em disputas.

Se a política de 2003, em vários momentos, resvalou em uma compreensão moralizante do usuário, ao mesmo tempo representou um grande avanço nos modos de intervenção nas políticas antidrogas (com o claro investimento no modelo da redução de danos). A nota técnica de 2019, por outro lado, resultou em um verdadeiro retrocesso. Assim, por meio da inclusão de hospitais psiquiátricos nas Redes de Atenção Psicossocial (Raps), do incentivo ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT), da internação de crianças e adolescentes e do uso da abstinência no tratamento contra as drogas, o que se revela no documento é uma concepção de saúde medicalizante e uma prática interventiva policialesca, arbitrária e autoritária.

Ademais, ao pensarmos tais modelos de políticas em termos de discontinuidades, continuidades e retrocessos, quisemos explicitar sua dimensão não predefinida e sempre aberta a disputas, agenciamentos e resistências. Assim, buscamos fugir de uma perspectiva binária e maniqueísta, ilustrada por uma política de “ou uma coisa ou outra”. Pelo contrário, ao percorrer a política e os territórios produzidos por ela e em torno dela, deparamo-nos com sujeitos, coletivos e narrativas que apontavam para a potência de devires dissidentes e resistentes discursivos e existenciais que, apesar de aparentemente interditos e capturados, ousavam (e ousam) mostrar que a loucura [ousaríamos afirmar: o vício] não é algo que deve ser interdito ou enclausurado, mas simplesmente vivido. Afinal,

Quando há um acontecimento em que se reintroduz essa dimensão [do imponderável], a do “tudo é possível”, algo aconteceu, quebrou-se a continuidade do tempo histórico. É a força que Nietzsche (1987) chamou de intempestiva. Agenciamentos de desejo que fazem saltar pelos ares muita coisa, muitas das coisas que nos envenenam a vida. (PELBART, 2015: 25)

Portanto, assim como muitos de nossos interlocutores, buscamos desestabilizar a ordem discursiva da racionalidade cientificista na qual estamos inscritos (FOUCAULT, 2012), uma vez que percebemos em sua vontade de verdade a anulação de grupos-sujeitos e, conseqüentemente, suas potencialidades e formas de vida. Uma anulação e um desperdício justificados pela julgada incapacidade deste outro (usuário de álcool e outras drogas; portador de transtorno mental) de ser e de estar no mundo e da supremacia do saber-poder cientificista que, unilateralmente, pretende determiná-lo.

Sabemos que, para esse tipo de ciência biomédica positivista, hegemônica na construção da ordem discursiva, podemos ser vistos como algum tipo de monstro. Isso por que ela entende o autoritarismo e o controle sobre o corpo do outro, como expressões de cuidado e benevolência. Contudo, como aponta Foucault (2012), não seremos qualquer tipo de monstro, seremos “monstros verdadeiros”, isto é, falamos-fazemos a verdade junto aos atores envolvidos, respeitando sua processualidade mesmo sem estar “no verdadeiro” da polícia discursiva da biopolítica, pois não desejamos repetir seus “erros disciplinados”. Assim, buscamos a coprodução de processos de cuidado em saúde, um *saber-fazer-com-saúdes* e, desse modo, reverberamos as biopotências e as resistências por novas superfícies de registro: por uma sociedade sem manicômios.

Recebido em 28 de agosto de 2019.
Aprovado em 3 de janeiro de 2020.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.
- BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11 (1): 67-84, 2002.
- BARROSO, Priscila F.; KNAUTH, Daniela R.; MACHADO, Paula S. “Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: o tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas”. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BELUZI, Jacson Renato. “A cama é nossa casa”: uma análise antropológica sobre o encarceramento feminino de/para mulheres em uma instituição prisional no

estado de Mato Grosso do Sul. Dissertação de Mestrado. Programa da Pós-Graduação em Antropologia Sociocultural. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 09 Abr 2001. p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

BRIGAGÃO, Jaqueline; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; SPINK, Peter Kevin. As interfaces entre psicologia e políticas públicas e a configuração de novos espaços de atuação. *REU* (Sorocaba), 37 (1): 199-215, 2011.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. *Diálogos*. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. “Governamentalidade”. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do Poder*. 26 ed. São Paulo: Graal, 2007. pp. 277-293.

FOUCAULT, Michel. “O sujeito e o poder”. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. *Uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. pp. 231-249.

GODOI, Rafael. *Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos*. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade de São Paulo, 2015.

GUATARRI, Félix. *Revolução molecular: pulsações do desejo*. 3ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento anti-manicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2): 399-407, 2007.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. [Internet]. [s.d.]. [acesso em 2019 ago 21]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-cuidado-e-acontecimento-e-nao-um-ato/view>

MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da

Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14 (3): 801-821, 2007.

PELBART, Peter Pal. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... *Saúde e Sociedade*, 24 (1): 19-26, 2015.

RUI, Taniele. Nas tramas do crack: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface*, 21 (63): 833-44, 2017.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9 (1): 25-59, 2002.

O corpo nos contextos do cuidado: reflexões sobre as concepções no campo da enfermagem

Bruna Motta dos Santos¹
Universidade Federal de Juiz de Fora

Resumo: O trabalho busca tecer algumas considerações e reflexões acerca de como o corpo é percebido no âmbito da Enfermagem, partindo da bibliografia da área sobre o tema. Através desse olhar sobre o ambiente nativo, percebeu-se que a área possui grande influência do modelo biomédico. Entretanto, as dimensões psicológica, social, emocional e cultural aparentam ter bastante relevância, principalmente quando a categoria estudada aparece junto à noção de cuidado, reivindicada como prática específica e essencial para a atuação da (o) enfermeira (o). Nesse sentido, parece-nos que o cuidado se constitui como uma forma de se distanciar do paradigma mecanicista e de suas consequências, trazendo consigo uma certa autonomia à atividade das enfermeiras e enfermeiros, como um fazer distinto da medicina em termos de despersonalização e atenção a integralidade do outro.

Palavras-chave: corpo; enfermagem; biomedicina; cuidado; integralidade.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF e graduada em Ciências Sociais bacharelado pela Universidade Federal de Alfenas.

Body in career contexts: reflections on nursing field conceptions

Abstract: The work seeks to weave some considerations and reflections about how the body is perceived in the scope of Nursing, starting from the bibliography of the area on the theme. Through this look at the native environment, it was realized that the area has great influence from the biomedical model. However, the psychological, social, emotional and cultural dimensions appear to be quite relevant, especially when the category studied appears alongside the notion of care, claimed as a specific and essential practice for the nurse's performance. In this sense, it seems to us that care is constituted as a way to distance itself from the mechanistic paradigm and its consequences, bringing with it a certain autonomy to the activity of nurses, as a different activity from medicine in terms of depersonalization and attention to integrality of the other.

Keywords: body; nursing; biomedicine; care; completeness.

Cuerpo en contextos de carrera: reflexiones sobre concepciones de campo de enfermería

Resumen: El trabajo busca tejer algunas consideraciones y reflexiones sobre cómo se percibe el cuerpo en el ámbito de la Enfermería, a partir de la bibliografía del área sobre el tema. A través de esta mirada al entorno nativo, se dio cuenta de que el área tiene una gran influencia del modelo biomédico. Sin embargo, las dimensiones psicológicas, sociales, emocionales y culturales parecen ser bastante relevantes, especialmente cuando la categoría estudiada aparece junto con la noción de cuidado, considerada como una práctica específica y esencial para el desempeño de la enfermera. En este sentido, nos parece que el cuidado se constituye como una forma de distanciarse del paradigma mecanicista y sus consecuencias, trayendo consigo una cierta autonomía a la actividad de las enfermeras, como una actividad diferente de la medicina en términos de despersionalización y atención a integralidad del otro.

Palabras clave: cuerpo; enfermería; biomedicina; cuidado; integridad.

Tratar de questões que envolvem o corpo implica que trilhemos um caminho contornado por fenômenos de natureza orgânica e social e a maneira de conceber e lidar com aspectos que o contornam, como os seus usos, os sentidos que lhe são atribuídos, suas práticas e formas, variam a depender do contexto considerado, o que nos mostra como o corpo se apresenta como um elemento apropriado, significado e modelado social e culturalmente. Como afirmou Le Breton (2012), a vivência humana, em termos físicos, está sujeita a um conjunto de sistemas simbólicos e a partir do corpo se originam e se difundem sentidos diversos que servem de base a existência coletiva, fazendo com que ele se constitua, “em primeiro lugar, [como] uma estrutura simbólica, superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais” (2012: 29).

Nesse sentido, tanto as ações do corpo consideradas em sua dimensão coletiva, quanto as formas e teorias para explicá-lo e concebê-lo são forjadas socialmente. O corpo está eivado por imaginários sociais que são parte das concepções de mundo, vinculadas ao estado social e à noção de pessoa de cada coletividade. Essas concepções, variáveis de sociedade para sociedade, revestem o corpo de sentido, lhe atribuem valor e situam seu lugar na estrutura simbólica de determinado grupo, designando seu funcionamento e suas partes, significando ações e expressões, localizando todos esses elementos em concordância com visões de mundo específicas (LE BRETON, 2013).

Tendo em vista estas considerações, o que nos interessa no presente trabalho é pensar o corpo nesta dimensão particular, ou seja, refletir acerca das representações que dele são construídas a partir de um contexto bastante específico: a Enfermagem, uma prática profissional que compõe o campo da saúde e que possui questões muito específicas no seu fazer. Pretendemos, mais particularmente, tratar da Enfermagem e de suas concepções de corpo a partir do seu lugar como campo profissional, ou seja, como uma das profissões da área da saúde que, como sabemos, possui uma concepção bastante específica acerca do corpo. Para tal empreendimento, efetuaremos uma problematização da questão que nos norteou, seguida de uma breve discussão bibliográfica de produções que versaram sobre o tema na área da Enfermagem e, por fim, buscaremos lançar reflexões sobre as questões expostas.

Corpo e o contexto da saúde

Nas sociedades ocidentais modernas, as concepções dominantes acerca do corpo foram forjadas a partir do saber biomédico, sobre o qual se edificou e se debruça a biomedicina. Este modelo engloba um conjunto de saberes, práticas e valores, símbolos que são compartilhados por aqueles que constituem esse grupo social específico e exercem a medicina científica moderna, cuja função de curar é socialmente legitimada. Assim, os profissionais da medicina constituem uma cultura particular, dotada de uma visão de mundo e uma perspectiva biomédica que tem como premissas básicos aspectos como o dualismo corpo-mente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos (HELMAN,

2009).

Esse saber, que possui em nossas sociedades um status oficial, tem o estudo preciso do corpo humano como fundamento de sua base epistemológica que, ao separar corpo e pessoa, opera um dualismo que sustenta seus procedimentos e descobertas (LE BRETON, 2013). Como afirmou Helman (2009: 114), citando Kleinman, a visão médica ocidental moderna considera que os elementos biológicos possuem uma maior relevância, sendo “mais básicos, reais, clinicamente significativas e interessantes que os aspectos psicológicos e socioculturais”. Ao direcionar-se em busca de dados físico-químicos, a medicina torna-os “fatos reais” em razão da possibilidade destes serem observados e quantificados, de modo “que um médico confrontado com os sintomas de um paciente tenta, antes de tudo, relacioná-los a algum processo físico subjacente (HELMAN, 2009: 114).

No intento de compreender a doença, a biomedicina a despersonaliza, situando-a como um defeito ou falha, “colocada como uma intrusa, nascida de uma série de causalidades mecânicas” (LE BRETON, 2013: 286). Segundo o modelo biomédico, o corpo passa a ser percebido, então, como uma composição de partes que juntas funcionam como uma máquina e, enquanto máquina, pode ser tomado com um objeto de controle humano. Com o corpo separado da pessoa e a possibilidade de enxergá-lo enquanto objeto para tratá-lo, o âmbito médico centra-se na máquina-humana e no que está interferindo em seu pleno funcionamento; a pessoa doente, sua história e singularidade, passam a ter importância secundária. A biomedicina, pautada na objetividade do saber e no fazer técnico, ocasiona uma cisão entre o doente e a doença, sendo o sujeito um corpo que necessita de reparos (LE BRETON, 2013).

Embora o saber biomédico desfrute de hegemonia e legitimidade, ele se constitui como um dos muitos saberes e práticas acerca do corpo, dada a heterogeneidade de sentidos e imaginários a ele atribuídos, de maneira que “nenhuma representação do corpo faz unanimidade, nem mesmo o modelo anatomofisiológico” (LE BRETON, 2012: 29), mesmo que este se mantenha predominante. Le Breton (2013) explica que, em uma sociedade em que o individualismo se faz presente em sua estrutura, a vida coletiva ganha uma pluralidade e polifonia no que se refere a seus referenciais, movimento que atinge também as representações do que é o corpo. Entretanto, mesmo no âmbito da saúde, local de emergência dessa representação hegemônica e composto por práticas heterogêneas, diversas representações de corpo coexistem paralelamente à representação biomédica.

A Enfermagem é uma profissão pertencente ao âmbito da saúde que se define pelo cuidado e situa-o como essência da profissão, uma prática que compreende um conjunto de conhecimentos e atividades técnicas entendido como específico da atuação das enfermeiras e enfermeiros. Abordado como integral e holístico, o cuidado em enfermagem procuraria não reduzir e fragmentar o paciente e centrar nele a assistência, considerando-o enquanto uma unidade (NETO e NÓBREGA, 1999). Como afirmaram Dias et al. (2014: 1338) “no âmbito da Enfermagem, para que haja cuidado, o profissional deve extrapolar suas habilidades técnicas, que são indispensáveis nesse processo, e centrar o paciente como núcleo desse processo”.

Embora a Enfermagem se constitua como um ofício que necessita de uma formação acadêmica para ser exercido – formação esta pautada em diretrizes técnico-científicas segundo o modelo biomédico –, ela é uma profissão que se coloca desafios e questões diferentes, propondo uma prática específica no seu fazer. Isso levou-nos a pensar acerca das representações na área da saúde, mais especifica-

mente das que se referem ao corpo, na qual o caráter oficial é dado pela biomedicina. Dito de outro modo, nosso objetivo no presente trabalho é pensar as concepções de corpo da área da Enfermagem em um terreno em que a legitimidade é dada pela área médica.

Corpo: qual a concepção das enfermeiras e enfermeiros?

O corpo e as questões a ele relacionadas parecem ser um foco de atenção e preocupação na literatura em Enfermagem, dado o número de trabalhos que dele buscaram tratar sob as mais diversas abordagens. As referências que se seguem são trabalhos da área da enfermagem que buscaram tratar da concepção de corpo e, de certo modo, se constituem em discursos nativos sobre o tema, já que tratam do campo do qual fazem parte, ou seja, enfermeiros falando sobre enfermeiros. O que pretendemos, portanto, é pensar a concepção nativa de corpo a partir do que foi produzido na área, no intento de trazer algumas reflexões sobre como enfermeiras e enfermeiros entendem a categoria.

Ao pensar como o corpo é percebido no contexto da enfermagem, com a finalidade de possibilitar uma nova concepção do cuidar, Polak (1996) elenca três categorias: *o corpo ritualizado*, *o corpo mecanizado* e *o corpo sexuado*. A primeira dessas dimensões discutida pela autora é a dimensão ritualizada do corpo, que estaria presente na totalidade da hospitalização, como nos momentos de recuperação, fase terminal ou nascimento do sujeito, etapas marcadas por transformações e que se constituem em ritos de transição social ou ritos de passagem. Estas etapas dizem respeito à totalidade da vivência durante os processos de cura, momentos estes que abarcam o contexto interno e externo ao hospital e que contam, em todo o seu decorrer, com a presença do profissional da enfermagem.

Tais ritos possibilitam a definição de papéis, a expressão das condições de saúde ou de doença, presentes no contexto hospitalar, bem como a expressão de todo o significado e simbolismo presentes nas práticas de enfermagem, desenvolvidas nesse contexto, seja no procedimento de admissão do cliente na instituição hospitalar, seja durante o processo de cuidar e de curar, seja no procedimento de saída do cliente da instituição, em caso de alta hospitalar; seja na ajuda do cliente no processo de morrer ou, após a morte, durante o preparo do corpo. (POLAK, 1996: 69)

As ações do profissional da enfermagem frente às condições do sujeito são já estabelecidas, prescritas; atividades institucionalizadas e dotadas de valores. Para Polak, informar ao sujeito as condições de sua enfermidade e a comunicação de sua situação aos familiares são ações que também possuem caráter ritualístico. Diversos aspectos integram o ritual, envolvendo normas e padrões em sua utilização e execução, como “o uniforme, a expressão facial, a habilidade motora no manejo do instrumental, bem como a higienização das mãos, antes e depois do curativo, combinam com o silêncio, com as falas e as pausas” (POLAK, 1996: 67).

Polak (1996: 71-72) aponta, também, como o corpo é percebido de forma mecanizada ou, em outras palavras, enquanto uma máquina “formada por carne e ossos, composta por válvulas e sifões, por membranas e filtros”, consistindo a doença em um mecanismo biológico que interfere no seu funcionamento e a saúde como a ausência das patologias. A autora pontua a influência dessa perspectiva no âmbito da Enfermagem, já que esse pensamento fundamenta a medicina moderna, cuja visão se constituiu como dominante no campo da saúde. Dessa forma, o tratamento do sujeito caracteriza-se pelo estranhamento, muitas vezes desconsiderando aquele que recebe as ações do profissional, que tem suas atividades

permeadas pela impessoalidade. A saúde e a doença acabam, assim, sendo separadas da dimensão subjetiva, de maneira que os corpos dos sujeitos “nos leitos das enfermarias, sentados nas salas de espera, são quase sempre vistos na terceira pessoa” (POLAK, 1996: 74). Apoiados nesta noção, o olhar da equipe volta-se à “parte” doente, ao órgão e não à totalidade do sujeito, que se torna um instrumento de trabalho. Por essa razão, a concepção de corpo mecanizado, de acordo com Polak, estaria também associada ao corpo percebido enquanto utensílio ou objeto, utilizado como instrumento de intervenção e a serviço de outrem.

O corpo sexuado, terceira categoria elencada pela autora, está associado à predominância da mulher no âmbito da enfermagem. Segundo Polak (1996), as profissões são sexuadas e no caso da Enfermagem, o ofício está associado ao cuidado prestado pelas mulheres ao longo da história, como os partos e os processos de cura ou, ainda, pela imagem feminina associada à noção de procriação e criação dos filhos. Esse aspecto gera uma série de implicações à profissão, como a submissão da enfermeira à figura do médico, questões relacionadas à remuneração e à valorização do trabalho e a relação de gênero no momento da interação entre o cuidador e o cuidado.

Pelos seus corpos elas concebem a vida, mantêm-se em contato com a natureza, cuidam de recém natos, ajudam-nos a se tomarem adultos e assistem-nos no processo de morrer. A enfermeira e a mulher assumem o papel de sacerdotisas nos rituais de passagem da vida para a morte. (POLAK, 1996: 86)

Fernandes e Lopes (2000), ao buscarem compreender quais eram as representações de corpo, saúde e doença destes profissionais, chegaram a três categorias que dizem respeito à forma como os profissionais o concebem. A primeira é o *corpo anatômico*, categoria presente em diversos trabalhos e que, na referida investigação, foram percebidas a partir da definição do corpo através de termos como tronco, cabeça, mãos e pernas. Neste caso, o foco seria o corpo enquanto uma entidade física constituída por diversas partes, sendo que “o conceito para esse grupo de enfermeiros reflete uma matriz de objetividade mecânica” (FERNANDES e LOPES, 2000: 7). O segundo eixo apontado pelas autoras consistiria no corpo enquanto *instrumento de ação*, que concerne ao corpo considerado enquanto estrutura que funciona, que se movimenta, que possui ação, sentimento e emoção, que “expressa trabalho, saúde, movimento e vida”. O terceiro e último eixo de representação a que chegaram as autoras foi o *corpo discursivo*, que consiste no corpo em sua dimensão comunicativa, que fala, que diz algo “com os olhos, mãos, com as mãos com a cabeça, com todo o corpo” (FERNANDES e LOPES, 2000: 7), que vai dizer quem somos, nos categorizando e diferenciando socialmente.

Lima e Brêtas (2006) buscaram compreender como estudantes de enfermagem, graduandos de diversos períodos, percebem e representam os corpos cuidados, alcançando quatro categorias que dizem respeito à percepção e representação do corpo nesse contexto: *o corpo objeto de cuidado*, *corpo objeto de estudo*, *corpo enquanto objeto de exercício de poder* e, por fim, *o corpo estigmatizado*. A representação do corpo como objeto de cuidado, construído no processo de cuidar, o concebe sob a noção de inter-relação com o paciente, ou mais precisamente, em uma relação de intersubjetividade. O corpo, nesta perspectiva, é visto em sua totalidade, pois os estudantes “representam seu cliente como um corpo holístico” (LIMA e BRÊTAS, 2006: 728), sendo composto de uma esfera biológica, psicológica e social, tendo em vista a dimensão emocional, a biografia e a cultura daquele que é cuidado.

Ao representar o cliente como um corpo biopsicossocial, as estudantes citaram a doença como uma causa de desequilíbrio psicológico, e o toque como instrumento de cuidado, proporcionando um bem-estar ao outro e diminuindo sua dor. (LIMA e BRÊTAS, 2006: 728)

Já a representação do corpo como objeto de estudo é explicada em razão do sujeito cuidado se tornar parte do aprendizado dos estudantes de enfermagem no hospital-escola, uma representação que situa “o corpo do cliente como um ‘boneco’, um objeto servindo de estudo e “cobaia” para realizar os primeiros procedimentos” (LIMA e BRÊTAS, 2006: 728).

O corpo enquanto objeto de exercício de poder é representado pelos estudantes na forma como os sujeitos lidam com a sua presença no interior do hospital, enxergando-o como um corpo sem autonomia, instrumento de trabalho de quem detém o conhecimento institucionalizado para tal atividade. Aqui, a vestimenta do profissional também é mencionada como um elemento que carrega forte significado, associando-o ao seu papel na sociedade, aquele que detém o conhecimento técnico-científico, simbolizando “o poder para hospitalizar os pacientes, prescrever medicamentos e exames, orientação para o cuidado e alívio do sofrimento e detentor de conceitos científicos e técnico” (LIMA e BRÊTAS, 2006: 729). A estigmatização, por fim, é abordada pelos autores para caracterizar a rotulação oriunda de aspectos pessoais do sujeito cuidado, ou seja, o corpo estigmatizado é o corpo rotulado, de maneira que o sujeito recebe determinada característica pela forma como lida com a doença ou com o profissional.

Alguns apontamentos

As concepções de corpo de enfermeiras e enfermeiros estão intimamente vinculadas às noções de saúde e de doença (OLIVEIRA, 1998), dado o caráter da atividade destes profissionais, que lidam com os cuidados sobre um corpo em condições de patologia ou de saúde. Segundo Fernandes e Lopes (2000), o corpo seria uma tela pela qual se expressam tais fenômenos, pois,

quando um corpo está com saúde exibe-a apresenta sentimentos de bem-estar, olhos brilhantes, pele rosada, bem-estar individual e social. Está em equilíbrio, está funcional. Quando o corpo está com doença denuncia-a; rebela-se contra as violências, os excessos, as frustrações, os ressentimentos, as covardias. O corpo doente é um corpo disfuncional, é um corpo em desequilíbrio. (FERNANDES e LOPES, 2002: 15)

Tanto os sintomas ou sensações corporais, quanto as interpretações a elas atribuídas, são efetuadas de acordo com códigos particulares pertencentes aos diferentes grupos, tanto leigos quanto profissionais, imagens que estão sujeitas às representações dominantes acerca da saúde e da doença em cada um desses agrupamentos, fazendo do corpo “um suporte de signos, ou seja, suporte de qualquer fenômeno gerador de significação e sentido” (FERREIRA, 1994: 102). O corpo enquanto signo, percebido como recinto da doença, passa a se constituir em um depositário de distintas interpretações, passíveis de leitura tanto por parte do profissional da saúde quanto pelo sujeito doente. Para o paciente, este processo de significação se direciona à dimensão dos sintomas, transmitidos ao profissional e, assim, culturalizados; já para o profissional da saúde, esse mesmo processo se evidencia nos sinais que são buscados nos exames físicos, na manifestação objetiva da doença, que a torna um fenômeno visível (FOUCAULT apud FERREIRA, 1994).

A partir das referências tratadas, é possível notar que uma das concepções acerca do corpo que mais se fazem predominantes na área da Enfermagem é a do

corpo mecanizado ou anatomizado. Estas concepções se manifestam através de referências às noções de *máquina*, *funcionamento* e *mecanismo* e tratam o corpo a partir de uma fisicalidade cuja percepção e intervenção ocorrem tendo em vista as suas partes, separadamente, fenômeno que pode ser explicado pela influência da biomedicina sobre esta área.

Nos contextos da sociedade ocidental moderna, a biologia alcançou grande destaque na explicação dos processos de saúde-doença, o que tornou a biomedicina o modelo predominante no entendimento e tratamento das patologias. Como explicou-nos Bonet (2004), a aprendizagem da biomedicina ocorre através de uma profunda vinculação entre este modelo e o âmbito científico, que nos séculos XVI e XVII foi responsável por uma nova maneira de compreensão do mundo a partir de explicações metódicas e racionalistas. Como aponta o autor, tal racionalidade científico-mecanicista, nuclear no desenvolvimento da biomedicina, ocasiona não só uma separação entre a arte de curar e a disciplina das doenças, como produz um sistema classificatório das patologias, em um contexto em que os estudos de anatomia e fisiologia se davam nos moldes do mecanicismo. Ao lidar com corpos que possuem enfermidades, a área da saúde tem o ambiente hospitalar como principal estrutura científica que, possuindo uma cultura particular, tem em seus membros a legitimidade do saber e saber-fazer acerca das doenças, que se configuram enquanto “exigência da sociedade que não deseja cuidar, manipular secreções, conviver com odores e dores nos corpos dos seus familiares” (POLAK, 1996: 7).

A Enfermagem, por sua vez, foi uma profissão amplamente impactada pelo processo de institucionalização dos hospitais, momento em que estes deixam de ser um depósito de moribundos para se tornarem locais de cura (RIZZOTTO, 1995). No contexto hospitalar, a legitimidade e o poder de curar estavam depositados sobre a área médica, considerada como verdadeira detentora desse saber, fazendo com que outras profissões se situassem enquanto auxiliares nesse processo, incluindo a área da Enfermagem. Em seu estudo sobre a origem da Enfermagem profissional no Brasil, Rizzoto (1995) explica que dificilmente esta área percorreria um caminho distinto daquele trilhado pela Medicina, sendo a Enfermagem brasileira, desde os seus primórdios, fundamentada nos princípios do modelo biomédico e, por conseguinte, associada à medicina hospitalar. O mecanicismo, a ênfase nas investigações biológicas, a especialização, entre outros princípios, passaria a orientar também as práticas realizadas pela Enfermagem, importadas do modelo das escolas norte-americanas trazido para a formação brasileira.

Nesta acepção, também é possível dar inteligibilidade ao corpo visto como sexuado já que, dentro da divisão social do trabalho dentro do hospital, além da separação das funções de curar e de cuidar, estavam presentes as questões de gênero, sendo a Enfermagem, até os dias atuais, um ofício predominantemente feminino. Para Silveira, Gualda e Sobral (2003), a relação estabelecida entre corpo e Enfermagem é delicada. Traçando uma perspectiva histórica da profissão, as autoras apontam como a Enfermagem moderna teria se constituído sob o modelo cartesiano-biomédico e influenciada, em seus primórdios, pela visão cristã, campos responsáveis por lhe conferir concepções dualistas como mente-corpo e sagrado-profano. Na obra *Notas sobre a Enfermagem* (1859), Florence Nightingale (1820-1910), apontada pela história da profissão como a figura central para o seu processo de institucionalização, situou o corpo como depósito da mente, ali colocada por Deus, apontando a importância das leis divinas para a relação entre

o corpo e o mundo e as influências mútuas estabelecidas entre a dimensão corpórea e a mente. Nesse sentido, para se estabelecer enquanto prática profissional institucionalizada e reconhecida, a Enfermagem tinha o corpo como objeto de controle, principalmente no que tange à dimensão erótica, que deveria ser controlada por meio de medidas direcionadas à conduta, vestimenta e até mesmo às emoções daquelas que se propunham à esta prática profissional (SILVEIRA, GUALDA e SOBRAL, 2003).

A reforma da Enfermagem, empreendida por Florence a partir de 1860, esteve, assim, embebida pela moralidade e o puritanismo, valores cultivados pela Inglaterra vitoriana. Sua preocupação era despertar a atenção de “moças de boa família” para esta prática, priorizando as qualidades morais das estudantes, num esforço para mudar um imaginário então em voga em relação à Enfermagem através da formação profissional (FONSECA et al., 2011). Esses elementos nos fazem lembrar a obra de Rohden (2009) que trata sobre a insistente diferenciação entre homens e mulheres operada pela biomedicina, aspecto este intimamente relacionado ao desenvolvimento da ciência, ao contexto da época – século XIX – e a questões vinculadas à dicotomia natureza e cultura. A autora mostra como a ciência, nesse sentido, passa a argumentar em favor de uma diferenciação biológica entre homens e mulheres e, por conseguinte, a necessidade de que essas diferenças se estendessem à dimensão social, sendo a mulher objeto de controle. Entre essas ciências, a biomedicina tinha um papel particular, mobilizando argumentos que tornavam tal diferença indiscutível. Nas palavras da autora, “o modelo, para o qual os médicos davam consistência, servia como signo de uma ordem social marcada por diferenças de gênero” (ROHDEN, 2009: 31). Desse modo, parece-nos difícil não associar estes aspectos aos que envolvem a submissão da enfermeira ao médico, o controle de suas condutas ou até mesmo a divisão entre curar e cuidar, sendo este cuidado visto, muitas vezes, como a extensão de uma característica inata da mulher.

A profissionalização da Enfermagem se fundamentou, assim, no modelo biomédico. As (os) enfermeiras (os), conhecem o corpo cuidado por meio de uma representação anatomizada e pela patologia que o afeta, em um contexto cujo movimento tende para a especialização, tornando as relações cada vez mais impessoalizadas. Ainda em seu processo de institucionalização, Florence Nightingale reconheceu que, para cuidar de uma pessoa doente, era necessário possuir conhecimentos e habilidades que só poderiam ser alcançados através de um *treinamento*. (OGUISSO, 2007). Na sua concepção, com o intuito de auxiliar o paciente a viver, a Enfermagem deveria consistir em uma arte cujo treinamento e habilidade deveriam se pautar no científico, capacitando a enfermeira a servir à Medicina, à higiene e à cirurgia. Nesse sentido, ainda que os médicos – assim como o grande público – acreditassem ser desnecessária uma formação específica para enfermeiras, o prestígio de Florence fez com que eles assumissem o ensino teórico, pautados nos conteúdos de anatomia, fisiologia e farmacologia (OGUISSO, 2007), fazendo com que o modelo biomédico, em todas as suas práticas e concepções, não só impactasse o campo da Enfermagem, mas se tornasse parte constituinte do seu estabelecimento enquanto ciência.

Entretanto, quando nos voltamos à literatura da área, nos deparamos com a noção de cuidado, fundamental para entendermos a especificidade desta prática profissional. Desde o início de seu processo de institucionalização, que data o século XIX, a Enfermagem se estabeleceu como profissão norteadas pelo cuidar, dispensando-o a sujeitos em contextos de saúde e doença. Em diversos trabalhos, ela é apontada como a arte e a ciência do cuidado, sendo o seu fazer uma junção

entre estas duas dimensões. Nas palavras de Waldow (2012: 15), o cuidado é a “razão existencial da Enfermagem”, tornando-o uma categoria amplamente mobilizada por estes profissionais para definirem seu ofício. Segundo Souza et al. (2005), o cuidado em Enfermagem é considerado para além de suas atividades técnicas e operacionais, sendo percebido como uma prática que se estende, também, a esfera subjetiva. É um cuidado abordado como *integral e holístico*, cuja percepção do sujeito deve ocorrer em sua dimensão biológica, almejando, porém, não perder de vista os aspectos sociais, psicológicos, emocionais e espirituais, buscando enxergar o sujeito em sua totalidade. Por meio dessa perspectiva, o cuidado em enfermagem anseia não reduzir e fragmentar o paciente e centrar nele a assistência, considerando-o enquanto uma unidade (NETO e NÓBREGA, 1999).

O cuidar humanizado torna-se indispensável ao enfermeiro, que deve ir além do estudo de caso e tratar o paciente não como um mero objeto do processo de cuidar, visto que, como profissional, precisa transcender o cuidado propriamente dito, apresentar a capacidade de compreensão de quem é esse paciente, o que o levou ter a doença. A implementação das ações do cuidado no dia-a-dia do enfermeiro implica, também, perceber o paciente como um ser total, respeitar seus valores, crenças, sentimentos, emoções, e não apenas considerar o aspecto biológico. (BALDUINO, MANTOVANI e LACERDA, 2009: 344)

Nesse sentido, o tempo é um elemento importante para se compreender o cuidado, já que a prática da Enfermagem possui, como um dos elementos característicos e distintivos, a presença contínua junto ao outro, uma permanência que torna possível a proximidade e, conseqüentemente, o aspecto relacional presente na profissão (RENAUD, 2010). Esta dimensão relacional e de alteridade é intrínseca às relações que envolvem o cuidado, por consistir em um conjunto de gestos, palavras e valores que visam o auxílio e o acompanhamento de sujeitos em situações de fragilidade ou limitação, produzindo interações e colocando em questão a relação com o outro (SAILLANT e GAGNON, 1999). Dado o caráter temporal do cuidado, o profissional da Enfermagem mantém, com aquele que carece da assistência, uma relação de proximidade que não predomina em outras áreas da saúde, como entre os médicos que, priorizando aspectos técnicos, restringem a dimensão relacional às consultas ou visitas aos leitos que tem como finalidade o diagnóstico do paciente (LE BRETON, 2013).

Quando pensamos na especificidade do corpo nos contextos de cuidado, evidenciamos que ele não se constitui apenas como um objeto desse cuidado, o corpo é, também, percebido como o seu mediador. Para Fernandes (2016), os corpos dos pacientes e, sobretudo, os corpos dos profissionais da Enfermagem se apresentam como mediadores ao serem, ambos, permeados por histórias e memórias, sendo o cuidado o resultado desta inter-relação estabelecida entre os corpos cuidadores e cuidados. Já para Renauld (2010), o cuidado em Enfermagem é mediação que além de implicar uma dimensão objetiva, pautada na aprendizagem do saber acerca de sua execução, traz em si uma mediação que demanda o encontro daquele a quem se presta o cuidado e aquele que o fornece, envolvendo a exigência da presença corpórea, o que possibilita que o profissional alcance à integralidade do cuidado.

Este cuidado não é exclusivamente objetivo, não se limita a fornecer prestações de cuidado ao corpo. Ele é o cuidado de toda a pessoa, de tal modo que se exerce nele, uma resposta à pessoa doente encarada na complexidade do seu ser. Ainda que inclua uma dimensão de saber incidindo na prestação objetiva de um cuidado de que se pode aprender a execução, nos respectivos manuais, o cuidado de enfermagem atinge o nível de mediação em que se situa o corpo doente, ou o corpo carente de cuidados (como nos cuidados preventivos). Mas a pessoa da enfermeira ou do enfermeiro vive também nela ou nele esta dimensão de mediação, que surge entre a sua vida interior e a sua abertura

ao mundo. É, portanto, um encontro de mediações, que surge entre o doente e a pessoa prestadora de cuidados, mediações que implicam sempre a presença assaz misteriosa do corpo. (RENAULD, 2010: 3)

Dada a perspectiva atual de cuidado em que se fundamenta a Enfermagem, vinculada a uma noção de integralidade, a uma perspectiva holística e humanizada, a oposição entre este modelo de prática e um cenário em que corpo e pessoa encontram-se cindidos aparenta ser uma preocupação para a área, dada a tradição epistemológica em que se forjou a biomedicina e que se pautam, também, às atividades dos enfermeiros (SILVEIRA, GUALDA e SOBRAL, 2003). Nesse sentido, a relação destes profissionais com a dimensão corporal coloca-nos questões, por se constituir como um fazer pautado no cuidado, percebido como integral e holístico e, ao mesmo tempo, fundamentada na biomedicina, uma prática que, como já discutido, enfatiza a dimensão fisiológica e dualista nos processos de cura e que, como vimos, impacta amplamente a forma como esses sujeitos concebem seus corpos e os corpos daqueles que cuidam. Nossa percepção é de que tal dualidade se evidencia nas concepções em torno do que é o corpo no interior dos contextos de cuidado, sendo possível perceber diferentes formas de concebê-lo. Contudo, a Enfermagem parece estar imersa em uma tentativa de superar esta dualidade, ao voltar sua prática para a noção de cuidado. Parece-nos, inclusive, que uma dimensão holística do corpo se torna cada vez mais presente neste âmbito, coexistindo com as concepções características do modelo biomédico.

Considerações finais

Este trabalho buscou tecer algumas considerações e reflexões acerca de como o corpo é percebido no âmbito da Enfermagem, partindo da bibliografia da área sobre o tema. Como vimos, a Enfermagem possui grande influência do modelo biomédico no que tange a concepção de corpo, já que ela se estruturou em torno de tais princípios. Entretanto, as dimensões psicológica, social, emocional e cultural aparentam ter bastante relevância, principalmente quando a categoria estudada aparece junto à noção de cuidado, reivindicada como prática específica e essencial para a atuação das enfermeiras e enfermeiros. Le Breton (2003) já havia nos mostrado como ao corpo são atribuídos todo um conjunto de sentidos e imaginários, fazendo com que ele se situe dentro de uma estrutura simbólica específica, ressaltando ainda que, embora uma representação possua predominância, ela não se fará unânime, dado o caráter do contexto social em que vivemos. Assim, o que nos propusemos aqui foi pensar essa heterogeneidade dentro do âmbito da saúde, onde se originou a concepção dominante do que é o corpo nas sociedades ocidentais modernas, pensando-a a partir de uma área profissional específica. Como a Enfermagem, uma área do campo da saúde e fundamentada no modelo biomédico, concebe o que é o corpo?

Tal área parece manejar noções próprias e específicas acerca do que é o corpo e a respeito da forma como ele deve ser cuidado. Ao mesmo tempo em que a área da Enfermagem traz consigo uma herança do modelo biomédico que a fundamentou desde os primórdios, ela parece suspender a dicotomia que o sustenta, considerando aspectos por ele desvalorizados. Pautando-se na noção de cuidado, enfermeiras e enfermeiros enfatizam, por diversas vezes, a importância das dimensões emocional, social, espiritual e cultural, focando em um olhar e em uma assistência que enfatize a integralidade do outro.

O que nos parece importante ressaltar aqui é a disputa epistemológica que envolve as áreas que compõem o campo da saúde, principalmente a Enfermagem

e a Medicina. Este âmbito mostra-se marcado por uma série de hierarquias, discursos e disputas vinculadas ao reconhecimento da importância de práticas próprias de cada ofício. No que concerne mais especificamente a Enfermagem, é possível percebê-la como uma profissão formada de acordo com os princípios da biomedicina e que carrega os impactos desta, mas ao mesmo tempo, um fazer que mobiliza a noção de uma prática específica. Nesse sentido, parece-nos que o cuidado – reivindicado como um fazer que envolve não somente uma dimensão prática, mas uma dimensão subjetiva –, parece ser uma forma de se distanciar do paradigma mecanicista e todas as suas consequências, suspendendo suas dicotomias e situando a atividade das enfermeiras e enfermeiros como um fazer particular, específico e atento aos aspectos humanizados da assistência.

Recebido em 31 de agosto de 2019.
Aprovado em 6 de fevereiro de 2020.

Referências

- BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (2): 342-351, 2009.
- BONET, Octávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8 (5): 1337-1346, 2014.
- FERNANDES, Carlos Roberto. *O corpo mediador do cuidado de enfermagem: uma epistemologia do conceito fundamentada em Wilhelm Dilthey*. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.
- FERNANDES, Otilia Maria Teixeira; LOPES, Maria dos Anjos Pereira. *Corpo, saúde e doença: que representação dos enfermeiros?* In: IV Congresso Português de Sociologia, 2000.
- FERREIRA, Jaqueline. “O corpo signo”. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. pp. 101-112.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa et al. Gênero e História da Enfermagem. In: OGUISSO, Taka et al. *Pesquisa em História da Enfermagem*. Barueri: Editora Manole, 2011.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- LE BRETON, David. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. 3. Ed. Florianópolis: Vozes, 2013.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2012

LIMA, Renata Campos de; BRÊTAS, José Roberto da Silva. A corporalidade do cliente segundo representações de estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (6): 727-733, 2006.

NETO, David Lopes; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Holismo nos modelos teóricos de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52 (2): 233-242, 1999.

OGUISSO, Taka. *Trajetória Histórica e legal da Enfermagem*. Barueri: Manole, 2007.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. “Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?” In: DUARTE, Luiz Fernando; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. pp. 81-94.

POLAK, Ymiracy Nascimento de Souza. *A corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. Doutorado em Filosofia da Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

RENAUD, Isabel Carmelo Rosa. O Cuidado em Enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, 14 (1): 2-8, 2010.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. *(Re)viendo a questão da origem da Enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Néry e o mito da vinculação com a saúde pública*. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero da medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2): 5-14, 1999.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo Silveira; Gualda, Dulce Maria Rosa; SOBRAL, Vera R. S. Corpo e enfermagem: (ainda) uma relação tão delicada! *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2 (3) : 3-10, 2003.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (2): 266-270, 2005.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem*. Petrópolis: Vozes, 2012.

Em branco

Saúde e bem-estar nos ODS: Problematizando os conceitos de saúde e doença a partir do diálogo entre saberes

*Andréia Gimenes Amaro*¹
*Viviane Kraieski de Assunção*²
Universidade do Extremo Sul Catarinense

Resumo: Saúde e bem-estar são questões prioritárias nos documentos que se propõem a orientar as nações rumo ao desenvolvimento sustentável. Contempladas no objetivo 3 dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), propostos pela Organização das Nações Unidas, estas questões refletem o conhecimento biomédico e atendem aos interesses do modelo de desenvolvimento capitalista. Este artigo problematiza as concepções que orientam as estratégias que visam o desenvolvimento sustentável e o modelo de desenvolvimento com o qual estão comprometidas. Por fim, aponta a intermedicalidade como um caminho possível na promoção efetiva da saúde e do bem-estar das pessoas.

Palavras-chave: saúde; bem-estar; desenvolvimento; desenvolvimento sustentável; interculturalidade.

¹ Doutoranda e mestra pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais (PPGCA) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

² Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais (PPGCA) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Doutora e mestra pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Realizou estágio pós-doutoral em Antropologia Social e Cultural na Vrije Universiteit Amsterdam (VU).

Health and well-being in the SDG: problematizing health and disease concepts from the dialogue between knowledges

Abstract: Health and well-being are priority issues in the documents that aim to guide nations towards sustainable development. Contemplated in goal 3 of the *Sustainable Development Goals* (SDG), proposed by the United Nations, these questions reflect biomedical knowledge and meet the interests of the capitalist development model. This article reflects on the concepts that guide the strategies aimed at sustainable development, and the development model to which they are committed. Finally, it points to intermediality as a possible way to effectively promote people's health and well-being.

Keywords: health; well-being; development; sustainable development; interculturality.

Salud y bienestar en ODS: Problematizando los conceptos de salud y enfermedad a partir del diálogo entre saberes

Resumen: La salud y el bienestar son temas prioritarios en los documentos que tienen como objetivo guiar a las naciones hacia el desarrollo sostenible. Contempladas en el objetivo 3 de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS), propuesto por las Naciones Unidas, estas preguntas reflejan el conocimiento biomédico y satisfacen los intereses del modelo de desarrollo capitalista. Este artículo reflexiona sobre los conceptos que guían las estrategias dirigidas al desarrollo sostenible y el modelo de desarrollo al que están comprometidos. Finalmente, señala la intermedialidad como una forma posible de promover efectivamente la salud y el bienestar de las personas.

Palabras clave: salud; bienestar; desarrollo; desarrollo sostenible; interculturalidad.

Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, a concepção de saúde, assim como a de doença, vem sendo modificada ao longo da história e não constitui um consenso. Permeadas por aspectos intrinsecamente relacionados a processos históricos, culturais, políticos, econômicos, técnicos e científicos, as concepções de saúde e doença agregam, sobretudo, interesses na manutenção do poder e da influência de classes e sistemas dominantes em âmbito global.

Essa percepção se evidencia ao analisarmos de forma mais atenta o Objetivo 3, que trata da saúde e bem-estar nos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS). Estes apresentam um plano de ação composto por 17 objetivos e 169 metas, que se desdobram em um conjunto de programas, ações e diretrizes que orientarão os trabalhos das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável pela próxima década. Argumentamos neste artigo que as metas e ações propostas para o alcance do objetivo refletem uma visão unilateral e reducionista incapaz de contemplar a multiplicidade das dimensões que integram os diferentes sujeitos e realidades vividas. Aliada a isso, a tríade inovação, tecnologia e mercado nos leva a refletir sobre o enfoque e a pertinência de seu objetivo final: o desenvolvimento.

Por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental, discutimos neste artigo, num primeiro momento, as bases que orientaram a elaboração dos ODS e as concepções de saúde e doença sobre as quais se fundam as estratégias e ações contidas no objetivo 3 deste mesmo documento. Posteriormente, apontamos alguns dos preceitos contidos nos documentos que corroboram uma noção de desenvolvimento vinculada e comprometida mais com as formas de conhecimento hegemônicas e com os interesses mercadológicos do que efetivamente com a saúde e o bem-estar das pessoas de forma mais abrangente. Por fim, trazemos os conceitos de interculturalidade e diálogos de saberes como alternativas para contemplar a pluralidade de conhecimentos e técnicas nas estratégias que visam atingir um desenvolvimento sustentável.

Concepções sobre saúde e doença: do “mágico-religioso” ao modelo biomédico

A hegemonia das concepções de saúde e doença pautadas no modelo biomédico está atrelada ao processo histórico de transformação da ciência em única forma de conhecimento válido. O controle das instituições políticas sobre o exercício da medicina e a supremacia da categoria médica sobre os populares foram instituídos na Revolução Francesa com o objetivo de proteger e oferecer assistência à sociedade civil através do controle (IGREJA, 2016: 30). Este processo, que se perpetua até os dias atuais, foi acompanhado de decorrentes confrontos entre

argumentos que privilegiavam formas de conhecimento alinhadas ao sistema dominante e os que priorizavam outras formas de conhecimento voltadas à busca pela felicidade e o equilíbrio, conforme destacam Santos, Meneses e Nunes (2005: 21):

A vitória do primeiro argumento explicou-se em parte pela crescente ascendência do capitalismo e das potencialidades de transformação social sem precedentes que trazia no seu bojo. A vitória teve de ser tão completa quanto às rupturas que se pretendiam com a sociedade anterior. E, para ser completa, teve de envolver a transformação dos critérios de validade do conhecimento em critérios de cientificidade do conhecimento. A partir de então a ciência moderna conquistou o privilégio de definir não só o que é ciência, mas, muito mais do que isso, o que é conhecimento válido.

Essa transformação epistemológica consolidada no século XIX, que intitula a ciência como única via legítima de acesso ao conhecimento, nega a diversidade e relega os conhecimentos “tradicionais” ou alternativos, que até então orientavam as práticas de determinados grupos sociais, à marginalidade ou, em casos mais extremos, promove um epistemicídio (SANTOS, MENESES, NUNES, 2005).

Em diálogo com Edgar Morin, promovido pela Universidade de Brasília (UnB), em 1999, o líder indígena Marcos Terena expressa o sentimento do seu povo quando destaca que “não ser moderno, não ser desenvolvido, não significa ser culturalmente pobre” e reafirma: “nós índios, nascemos com uma sabedoria, um conhecimento, também religioso e espiritual, e quando chegou a civilização nada disso teve valor ou sentido [...] o homem branco não sabia compreender a linguagem indígena” (MORIN, 2010: 23).

A ideia de raça forjada pelos colonizadores fundamentava desigualdades e justificava opressões na distinção da estrutura biológica e genética dos indivíduos. Com isso, relegava povos, principalmente indígenas e negros, a uma situação de inferioridade e naturalizava as relações pautadas na dominação. A codificação das diferenças entre colonizadores e colonizados com base nos traços fenotípicos, como, por exemplo, a cor da pele, serviu como instrumento de categorização social da população que orientava os espaços a serem ocupados e os papéis sociais cabíveis a cada um, inferiorizando “suas descobertas mentais e culturais” (QUIJANO, 2005: 118).

Com base na lógica colonialista, os conhecimentos dos povos subjugados são tidos como credices populares e seus rituais considerados manifestações de irracionalidade. Com isso, grandes possibilidades de compreensão e atuação no mundo são deslegitimadas. A Europa, referenciada como o grande centro difusor dos conhecimentos que compõem a história da humanidade, reprime os conhecimentos construídos no seio de sociedades de nações colonizadas, colocando-os em posição de subalternidade (CHAKRABARTY, 2000): “essa hegemonia da Europa ajudou a espalhar uma imagem invertida, na qual o conhecimento europeu é universal e os ‘outros’ são conhecimentos particulares” (MARTINS, 2014: 24).

À exceção do conhecimento científico, as demais formas de produção e transmissão de conhecimento foram relegadas ao obscurantismo e à obsolescência; tornaram-se artefatos de museu, apelidados de “tradicionais” (SANTOS, 2005: 30). Em decorrência deste processo, foram desconsiderados, no conceito de “conhecimentos tradicionais”, a dinâmica e os processos de resignificação decorrentes das vivências e dos desafios impostos por circunstâncias históricas e espaço-temporais (CUNHA, 2009).

Considerando esta perspectiva, cabe problematizar as concepções hegemônicas de saúde e doença. A diversidade de práticas relacionadas à saúde, segundo Batistella (2007: 28), “tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época”. Cabe

também ressaltar que estas diferentes concepções são produtos da história e existem sob um determinado contexto ambiental e cultural que está em permanente mudança devido às influências econômicas, filosóficas e religiosas. Por isso, há necessidade de cautela e critério ao comparar sistemas médicos de diferentes culturas (CAPRA, 1982: 117).

As concepções sobre saúde e doença modificaram-se ao longo de sua trajetória, dos conhecimentos chamados “mágico-religiosos”, elaborados na Antiguidade, ao modelo biomédico, consolidado atualmente. É importante ressaltar que o termo “mágico-religioso” é também uma invenção da modernidade; uma maneira depreciativa de se referir a outras formas de conhecimento que não a científica.

Para a medicina “mágico-religiosa”, as doenças estão relacionadas a transgressões individuais ou coletivas de códigos morais e/ou a influências espirituais. Nesse sentido, a cura depende de um “realinhamento”, ou seja, de uma religação entre o humano e o sagrado, promovida por meio de rituais realizados por líderes espirituais (feiticeiros, sacerdotes, xamãs, dentre outros), devidamente autorizados e reconhecidos pelas comunidades em que estão inseridos (BARROS, 2002: 68).

Trazemos aqui como exemplo a cosmovisão dos Tenek, grupo étnico descendente de civilizações mesoamericanas, cuja medicina “tradicional” está diretamente relacionada com forças espirituais e é praticada por meio de rituais que buscam restabelecer o equilíbrio entre o homem e o cosmos em sua totalidade.

las enfermedades no son entendidas como procesos químico biológicos, fisiológicos o de alteraciones orgánicas, que tengan manifestaciones en forma de síntomas de “malestar”. La enfermedad es más bien comprendida en la dimensión hombre - naturaleza, hombre - medio ambiente, en donde la causal del trastorno es la pérdida del equilibrio entre las dos partes del binomio. Por su parte, la medicina, es comprendida como parte de las prácticas rituales que se destinan a establecer, y en su caso a restablecer ese equilibrio, propiciando nuevamente la armonía y el estado de “bienestar” tanto en las personas, como en las comunidades. (GÜEMES, 2012: 19)

Nos sistemas médicos africanos, desenvolvidos com base “na arqueologia e na epistemologia das religiões africanas”, os sujeitos não se restringem a “um corpo que está perante nós, mas à personificação das relações do passado, presente e futuro entre vivos e mortos”. Nesse sentido, “a origem de males e sofrimentos [...] é atribuída a rupturas nas relações entre os vivos, ou entre os vivos e os mortos ou o mundo espiritual” (XABA, 2005: 384).

No Brasil, essas medicinas, que permanecem vivas e latentes, remontam o período colonial protagonizadas pelos indígenas, na figura do pajé, e os negros escravizados que desempenhavam o papel dos curandeiros, dominando as práticas denominadas mágicas e o conhecimento da medicina natural. Nesse período, “chás, mezinhas, rezas, feitiços, benzeduras, procedimentos rituais, interdições variadas faziam parte das curas que eram - inutilmente, como se pode imaginar - coibidas pela Inquisição” (SCLIAR, 2005: 16-17).

De acordo com Viotti (2012: 17), outros atores sociais destacaram-se nessa época, pelo cuidado com a saúde da colônia; os religiosos, comprometidos em “salvar almas”, também se dedicavam ao cuidado com a saúde “tão fragilizada pela incidência de enfermidades até então desconhecidas por seus organismos”. Para tanto, utilizavam-se da “farmacopeia indígena na cura de determinadas doenças”, o que além de otimizar as terapêuticas dos missionários, “reduziu significativamente o caráter depreciativo atribuído às práticas indígenas – quando, como se pode prever, esta não era utilizada pelos nativos, mas sim pelos religiosos” (VIOTTI, 2012: 17).

Um dos grandes legados dos sistemas etnomédicos dos ameríndios e de outras culturas, além dos vastos conhecimentos relacionados às plantas e suas propriedades curativas, é a compreensão do indivíduo em sua integralidade, ou seja, “a partir do conjunto de relações sociais estabelecidas no interior de uma comunidade e de uma cosmogonia própria” (BATISTELLA, 2007: 29).

Contrastando com a percepção de saúde e doença das etnomedicinas, o modelo biomédico ou mecanicista, consolidado na atualidade como a única via legítima de acesso aos conhecimentos acerca das práticas médicas, compartilha dos preceitos da ciência moderna. De acordo com Menéndez (2005), o modelo biomédico possui como principais características:

biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica. (MENENDEZ, 2005: 12)

Compartilhando dessa perspectiva, Langdon (2010) observa que a ciência biomédica trabalha com unidades universais, descontextualizando as doenças do espaço e condições em que ocorrem, ignorando, dessa forma, “valores, subjetividades e especificidades culturais” (BECKER, 2009: 2). Cabe destacar que o privilégio da biomedicina sobre outras concepções e práticas médicas não se deve unicamente “por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado” (FOLLÉR, 2004: 110).

No entanto, a crise da ciência moderna, analisada sob diferentes enfoques por diversos autores (CAPRA, 1982; MORIN, 1993; BAUMAN, 1998; BOFF, 2014), propiciou uma abertura epistêmica que trouxe à tona saberes e práticas plurais relegados à obscuridade pela imposição hegemônica do conhecimento instituído como legítimo pelo sistema capitalista. De acordo com Santos (2005: 52), esta abertura “tem vindo a permitir o reconhecimento da existência de sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna ou que com esta se articulam em novas configurações de conhecimentos”.

Na atenção à saúde, são justamente as limitações inerentes ao modelo biomédico, associadas ao reconhecimento de outras formas de ser, estar e atuar no mundo, que justificam a necessidade e respaldam o surgimento de outros modelos. A exemplo, no Brasil, podemos citar o programa Saúde da Família (SF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que emergiu na década de 1990. Inspirado nas resoluções de Alma-Ata prescrevia “assistência integral e contínua às famílias e comunidades, em seu espaço social, entendidas e atendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam” (FERTONANI et al., 2015: 1873). Ainda incipiente, esse modelo propõe uma visão ampliada dos processos saúde/doença, partindo da compreensão da integralidade e capacidade de autogestão dos sujeitos, contrapondo, portanto, o caráter assistencialista que fundamenta as práticas do modelo biomédico.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: considerações sobre o objetivo 3

A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável surgem a partir de um diagnóstico dos avanços e das estagnações resultantes dos Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio (ODM), lançados em 2000, pela ONU. Esse diagnóstico, registrado em um documento intitulado “Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, contém dados das mais de 28 agências das Nações Unidas e, embora ressalte os avanços alcançados nos 15 anos de vigência do plano, evidencia que “os progressos foram irregulares entre as regiões e países, deixando lacunas significativas”. Acrescenta, ainda, que “milhões de pessoas estão a ser deixadas para trás, em particular as mais pobres e desfavorecidas, devido ao seu sexo, idade, deficiência, etnia ou localização geográfica”.

Em decorrência disso, são lançados os ODS, por meio dos quais os países signatários “comprometeram-se a tomar medidas ousadas e transformadoras [...] para pôr o mundo em um caminho sustentável e robusto”, sem deixar ninguém para trás (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

O plano de ação composto por 17 objetivos e 169 metas propõe, durante a sua vigência, estimular áreas de importância crucial para a humanidade e para o planeta de maneira a incorporar, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.

O documento inicia com uma declaração dos Chefes de Estado e de Altos Representantes ressaltando a visão, os princípios e compromissos compartilhados entre países. Centrado nas pessoas, reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamental, enfatizando o empenho em ações que visem o combate às desigualdades, a erradicação da fome, doença e da pobreza e a proteção dos direitos humanos, antevendo um mundo “onde toda a vida pode prosperar” (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

No decorrer, o documento apresenta um panorama geral do mundo atual, destacando, dentre os principais desafios enfrentados, a pobreza, as desigualdades de oportunidades, riqueza, poder, e de gênero, a violência, a intolerância, a degradação ambiental e o esgotamento de recursos e as mudanças climáticas. No entanto, ressalta o grande progresso alcançado em diversas áreas, dentre as quais a medicina, por meio do acesso à educação, apostando no potencial “da informação e das tecnologias de comunicação e interconectividade global [...] para acelerar o progresso humano, para eliminar o hiato digital e desenvolver sociedades do conhecimento, tal como a inovação científica e tecnológica” (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Ao final das abordagens introdutórias, a frase: “É uma Agenda do povo, pelo povo e para o povo” pretende motivar o engajamento de todos e todas na consolidação dos ODS e, conseqüentemente, na construção de um mundo melhor.

Constituindo um dos grandes desafios da atualidade, a saúde recebe destaque no Objetivo 3 dos ODS buscando “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Para tanto, este objetivo é composto pelas seguintes metas, das quais grifamos algumas:

- 3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
- 3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos
- 3.3 até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças 18 transmissíveis
- 3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar
- 3.5 reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool

3.6 até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas

3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

3.8 atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

3.9 até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo

3.a fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado

3.b apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos

3.c aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento

3.d reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.

A partir da análise do objetivo e das metas propostas, reconhecemos a crucial importância de todas as questões elencadas e da necessidade de medidas urgentes que promovam a erradicação de tais problemas. Porém, observamos limitações nas estratégias adotadas para que as metas se consolidem.

Cabe primeiramente destacar que, embora a causalidade das enfermidades previstas no documento não tenha sido explicitada, as estratégias de ação revelam a compreensão reducionista da doença, ao não mencionar outras formas de combate que reconheçam a pluralidade e pressuponham um diálogo entre saberes. Na Agenda 2030, as estratégias de ação partem da compreensão da doença como um estado decorrente da influência ou atuação de agentes externos ao sujeito, como expresso na meta 3.3, que trata do combate às “epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água [...]”.

Outras metas reforçam esta percepção, a meta 3.5, por exemplo, trata dos males decorrentes do uso abusivo de substâncias, incluindo drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; a meta 3.9 atribui mortes e doenças à suscetibilidade a “produtos químicos perigosos” e a condições ambientais, quando sugere riscos por “contaminação e poluição do ar, da água e do solo”. Além destas, destacamos a meta 3.6, que busca reduzir as mortes e ferimentos por acidentes em estradas.

Nota-se que todas as metas citadas sugerem fatores estritamente biológicos, químicos ou físicos, descartando, nesse sentido, fatores de outras ordens ou associados à multidimensionalidade humana. Sob esta perspectiva, as estratégias de ação gravitam em torno da pesquisa, do desenvolvimento e do acesso a vacinas e medicamentos, conforme observamos nas metas acima grifadas.

Essa afirmação é reforçada ao analisarmos os Documentos Temáticos, elaborados pela ONU Brasil e apresentados em 2017, com o objetivo de trazer uma revisão preliminar dos ODS 1, 2, 3, 5, 9 e 14³. Especificamente no Objetivo 3,

³ Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/documentos-tematicos--ods-1--2--3--5--9--14.html>. Acesso em: 31 jan. 2020.

nosso foco de análise, admite-se a necessidade de “uma abordagem conjunta de natureza multisetorial dos determinantes da saúde para produzir mais saúde, bem-estar e qualidade de vida para os/as brasileiros/as” (ONU BR, 2017: 47). No entanto, não há no documento nenhuma alusão a possíveis contribuições decorrentes de uma pluralidade de saberes, prevalecendo uma visão centrada no modelo hegemônico de atenção à saúde. Observa-se que o documento menciona o Programa Mais Médicos (PMM), informando, dentre outros dados, que este programa levou à provisão de médicos em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). O PMM, que reconhecidamente tem contribuído para a redução das desigualdades em saúde (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), não prevê, de forma explícita, uma abertura epistêmica para outras concepções de saúde e doença⁴.

Com o avanço da medicalização, fenômeno considerado uma das principais características do modelo biomédico (MENÉNDEZ, 2005), admite-se uma única concepção de doença, excluindo-se assim uma vasta gama de possibilidades na busca pela promoção de saúde e bem-estar das pessoas. Nesse sentido, é reforçada a concepção do ser humano como máquina artificial, desconsiderando-se suas multidimensionalidades: biológica, psíquica, social, afetiva e racional (MORIN, 2011: 35).

Reduzidos a um fenômeno orgânico, o tratamento das doenças, independente da ordem que as originam ou desencadeiam, restringe-se ao uso de medicamentos e à submissão a procedimentos muitas vezes invasivos. O campo da saúde, nesse sentido, torna-se, acima de tudo, um possível e rentável nicho de mercado. A medicalização, por sua vez, contempla os interesses capitalistas, garantindo sua manutenção e expansão. Como observado por Leff (2015: 310), “a capitalização da medicina orientou o tratamento da saúde mais para a cura da enfermidade do que para prevenção, chegando a perverter a ética médica”.

A busca pela rápida amenização dos males e sofrimentos, aliada à banalização do uso de medicamentos, muitas vezes indicados ou prescritos por profissionais de saúde, desencadearam um grave problema de saúde pública. Frente ao crescente índice de mortes decorrentes do uso indiscriminado de medicamentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou diretrizes a fim de reduzir as mortes pela superdosagem, principalmente de substâncias opiáceas – como a morfina, heroína ou analgésicos como a oxicodona, responsáveis, segundo estatísticas, pela morte de aproximadamente 70 mil pessoas por ano⁵.

O caráter comercial empresarial da medicalização, que teve considerável absorção no meio médico brasileiro nas duas últimas décadas, transformou a medicina em negócio, a saúde em produto e a doença em um elemento de potencial lucratividade. Compartilhando desta reflexão, Martin (2004: 35) complementa: “a promessa de saúde é uma isca boa para atrair clientes, mas o que rende mesmo é a doença”.

Embora impactante, a observação de Martin se torna ainda mais plausível ao analisarmos as estatísticas relativas à potencialidade de expansão do mercado farmacêutico no Brasil. Conforme dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 2016, o Brasil possuía mais de 70.000 farmácias e ocupava a sexta posição entre líderes de consumo no mercado mundial com projeção de alcançar, em 2018, a quarta posição no *ranking*, segundo o IMS Health.

⁴ No site do Ministério da Saúde, é possível encontrar informações sobre o Programa Mais Médicos e seus eixos estruturantes: <http://maismedicos.gov.br/>

⁵ Disponível em <<https://nacoesunidas.org/quase-70-mil-pessoas-morrem-todos-os-anos-por-overdose-de-medicamentos-com-opiaceos-diz-oms/>>. Acesso em 22/04/2018.

De acordo com a reportagem disponível no site do Conselho Federal de Farmácia, o aumento da expectativa de vida da população brasileira seria um dos fatores propulsores da demanda por medicamentos e consequente expansão do mercado farmacêutico. Segundo o site, nem a crise político-econômica vivenciada em nosso país é considerada um entrave, pois “não há crise capaz de frear o crescimento do varejo farmacêutico, impulsionado por uma demanda natural”⁶.

Estes dados colaboram para a compreensão da importância das outras multidimensões apontadas por Morin (2011) que transcendem a visão biologistica preva-
lente nos documentos.

Paralelo à Agenda 2030 e aos ODS, outros documentos, elaborados inclusive pela mesma instituição (OMS), reconhecem a importância da pluralidade das concepções e práticas médicas e de suas possíveis contribuições na prestação de serviços de saúde e na prevenção de enfermidades. À exemplo citamos o documento intitulado “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional”, plano de ação vigente de 2002 a 2004, posteriormente atualizado e relançado para implementação de 2014 a 2023. De acordo com dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o documento tem por objetivos principais: “prestar apoio aos Estados Membros para que aproveitem a possível contribuição da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) a saúde, bem-estar e a atenção centrada nas pessoas, e promover a utilização segura e eficaz da MTC mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais”

Além de considerações sobre MTC, constam no documento estratégias para inclusão “destas outras medicinas” nos sistemas de saúde dos Estados membros. Reconhecidas como “una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud”, a MTC adotada como estratégia “será de utilidad para los países que desean desarrollar políticas dinámicas relativas a esta parte importante, y con frecuencia vigorosa y expansiva, de la atención de salud”.

Cabe esclarecer que não se trata de pormenorizar as contribuições do modelo biomédico. Pretendem-se, porém, questionar a invisibilização de outras práticas em um documento que, além de se comprometer a “promover a compreensão intercultural, a tolerância, o respeito mútuo e uma ética de cidadania global e de responsabilidade compartilhada”, reconhece “que todas as culturas e civilizações podem contribuir para o desenvolvimento sustentável, constituindo-se como elementos cruciais para tanto”.

É uma Agenda do povo, pelo povo e para o povo: que povo?

O compromisso firmado e reafirmado no decorrer dos ODS de “não deixar ninguém para trás” parece representar a essência deste documento, elaborado a partir da análise dos alcances e estagnações dos ODM, como já citado anteriormente. Para avançar nesse sentido, se propõe a adotar “medidas ousadas” desdobradas nos objetivos e metas aplicáveis para todos os países, independentemente do nível de desenvolvimento.

Estamos trilhando juntos o caminho rumo ao desenvolvimento sustentável, dedicando-nos coletivamente à busca do desenvolvimento global e da cooperação com benefícios mútuos, que podem trazer enormes ganhos para todos os países e todas as partes do mundo. (NAÇÕES UNIDAS, 2015)

⁶ Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3879>>. Acesso em 22/04/2018.

Entretanto, no Objetivo 3, nosso foco de análise, essa pretensa “prosperidade compartilhada”, se torna impossível, ou no mínimo improvável considerando-se que as “medidas ousadas” foram construídas sobre as mesmas concepções alinhadas ao paradigma dominante e a um modelo hegemônico de desenvolvimento tendencioso. Essas reflexões nos levam a compreender por que o conceito “desenvolvimento” tem sido veementemente criticado.

Refletindo sobre o poder do desenvolvimento enquanto ideologia ou utopia, compartilhamos da ideia de Montibeller Filho (2001: 52-53) para o qual a implícita ideia de melhoria e de progresso faz com que o desenvolvimento seja uma noção “universalmente desejada”. Sustentável, por sua vez, “é mais um rótulo ou adjetivo afixado ao conceito tradicional - desenvolvimento -, e que o deixa, do mesmo modo polissêmico. Mas é esta característica da polissemia que o mantém universalmente aceito”. O conceito desenvolvimento sustentável, definido no Relatório Brundtland em 1987, buscou conciliar as políticas de desenvolvimento e de meio ambiente, o que vem sendo denunciado por ambientalistas como uma estratégia de manter o crescimento econômico e os padrões de consumo das sociedades capitalistas (GÓMEZ-BAGGETHUN, 2019).

De acordo com Stavenhagen (1985), a noção de desenvolvimento resulta de referenciais e critérios específicos elaborados e estabelecidos intencionalmente na manutenção das desigualdades entre regiões e nações. O autor refere-se ainda à teoria da dependência, a partir da qual o subdesenvolvimento não é sinônimo de atraso e sim de dependência e exploração. Já para Xaba (2005: 380), o desenvolvimento está diretamente associado à noção de civilização moderna. Em decorrência, “tem sido (e continua a ser) um ponto de discórdia”, assumindo formas diversas “colonialismo ou imperialismo, modernização ou civilização, desenvolvimento ou subdesenvolvimento ou desenvolvimento dependente, até globalização”.

Na perspectiva de Bassey (2019: 3), desenvolvimento é uma ideia manipulada, essencialmente imperialista, que categoriza nações em desenvolvidas e subdesenvolvidas. Complementa observando que o termo desenvolvimento sugere “*growth, expansion, enlargement, and spread*”, contudo “*none of which captures the sense of justice or equity, or considers the ecological limits of a finite planet*”. Também em uma perspectiva crítica, Shiva (2019) afirma que o discurso do desenvolvimento, pautado no sistema capitalista patriarcal, caracteriza-se pela separação entre seres humanos e natureza, e entre os próprios seres humanos, com base em gênero, casta, classe e religião. Estas separações, segundo a autora, são produtoras de violências.

Estas abordagens estão alinhadas com as críticas de Escobar (2007), que concebe a noção de desenvolvimento como eurocêntrica e tecnocrática e, portanto, incapaz de ser aplicada no sul do globo sem sua análise e reformulação sob a ótica e a partir das realidades locais. A crítica latino-americana ao conceito hegemônico de desenvolvimento tem vislumbrado outros cenários político-epistêmicos, destacando conceitos como *bien vivir*, bens comuns, direitos da natureza, ética do cuidado, soberania alimentar, autonomia, ontologias relacionais, entre outros (SVAMPA, 2019).

Como superar a pobreza extrema, a violência, a fome, a doença e de todas as outras mazelas listadas nos ODS utilizando-se das mesmas bases que colocaram povos e populações na condição de subalternidade em que se encontram?

Intermedicalidade: os caminhos alternativos no diálogo entre saberes

De acordo com Leff (2015: 311), “o desenvolvimento sustentável colocou o ser humano no centro de seus objetivos, propondo entre suas metas a qualidade de vida e o desenvolvimento integral de suas potencialidades”. Porém, a garantia de uma vida plena e saudável não se resume em ampliar a cobertura dos serviços básicos de saúde oferecidos, pois “implica a necessidade de reconceitualizar a saúde e a doença, de reorientar os serviços de saúde pública e as práticas médicas em novas formas de desenvolvimento” (LEFF, 2015: 312).

Bezerra (2017: 1045) destaca a importância de “romper com visões fragmentadas de problemáticas relacionadas a distintos campos do saber para estabelecer relações entre o ambiente, a saúde e o território”. As transformações tanto nos ambientes quanto na sociedade promovida pela globalização, segundo o mesmo autor, “merecem um esforço de investigação que avance sobre o paradigma cartesiano positivista mediante investigações cada vez mais interdisciplinares”.

Aliado a este debate acerca da pluralidade de saberes e da possibilidade de recriar conhecimentos a partir de uma relação dialética, agregamos o conceito de intermedicalidade. A intermedicalidade pressupõe o reconhecimento e a articulação dos saberes e práticas provenientes de diferentes perspectivas socioculturais na produção de medicinas híbridas, formando um conjunto criativo e dinâmico (GREENE, 1998; FÓLLER, 2004). Cabe destacar que a viabilidade deste processo pressupõe uma zona de contato e o estabelecimento da chamada interculturalidade.

Zona de contato, conceito sugerido por Mary Louise Pratt, professora de literatura latino-americana e literatura comparada na Universidade de Stanford e autora do livro *Imperial Eyes. Travel Writing and Transculturation*⁷, seria o espaço de encontros coloniais em que são estabelecidas relações que comumente retratam desigualdades e são permeadas por conflitos. Com este conceito, Pratt (1999: 12) propõe “uma ótica que tira a comunidade (e a identidade, seu corolário) do centro para examinar a maneira como os laços sociais vão se fazendo por entre linhas de diferença, de hierarquia e de pressupostos conflituosos ou não compartilhados”. E complementa:

Tal abordagem consideraria o modo como as diferenças e as hierarquias são produzidas no contato e pelo contato dessas linhas umas com as outras. Diferenças de classe, etnia e gênero seriam então analisadas não em termos do pertencimento das pessoas a comunidades particulares, mas em termos da produção e da reprodução dessas mesmas diferenças no contato socialmente estruturado entre grupos que vem sendo forçosamente aglutinados em sua irremediável separação. Tal 'perspectiva do contato' assumiria a heterogeneidade de um grupo social e poria em primeiro plano a relacionalidade do sentido. (PRATT, 1999: 12)

Este conceito, portanto, promove a visibilidade das populações marginalizadas e subalternas, destinadas a esta condição pela unilateralidade da história que privilegia a versão do colonizador e legitima o processo de dominação dos povos e espoliação de suas riquezas materiais e imateriais. Compartilhando dessa ideia, Giorgia (2017: 294) destaca que “a invisibilidade das populações marginalizadas transforma-se em copresença social e histórica”.

⁷ De acordo com Machado (2000: 281-282), este livro é considerado fundamental para a reavaliação dos processos de constituição imperialista a partir dos anos de 1750, relacionando as dinâmicas da expansão capitalista em direção às áreas coloniais à produção de um saber que reinventa a realidade colonial, estabelecendo os novos paradigmas e o repertório de imagens por meio dos quais estas novas dinâmicas puderam ser efetivamente instauradas.

O outro conceito elencado como base na compreensão da intermedialidade é o conceito da interculturalidade. De forma genérica a noção de interculturalidade remete a um espaço imparcial de encontro em que diversas culturas devem empreender esforços para uma convivência harmônica. Porém, conforme alerta Boccara (2015: 202-203), este é o discurso comumente utilizado pelos agentes do Estado que “piensan la interculturalidad como un espacio neutro y casi encantado de la comunicación sin fronteras entre culturas”. Essa concepção de interculturalidade “tiende a desvincular los problemas culturales de los procesos socio-históricos de dominación social, explotación económica y sujeción política” (BOCCARA, 2015: 201).

Convergindo com essa percepção, Leau (2017: 36) discute as diferenças entre a “interculturalidade normativa” e a “interculturalidade de fato”:

La primera alude a la interculturalidad como un proyecto político o ético que suele suponer —explícitamente o no— un cambio social para lograr un diálogo más equitativo y crítico entre personas de distintas culturas. La segunda, que se denomina también descriptiva, corresponde a las influencias mutuas que se han dado históricamente entre diferentes culturas, siendo buscadas o no.

Aprofundando-se a análise, é possível perceber que a interculturalidade consiste em uma importante ferramenta social e política capaz de contribuir com processo de descolonização tanto material quanto simbólica.

la interculturalidad se ha transformado en una categoría muy extensa que engloba una cantidad creciente de fenómenos de distintas índoles [...] Alude tanto a un espacio concreto de encuentro entre dos culturas como al asentamiento de mecanismos sociales que buscan facilitar la comunicación entre grupos culturalmente diferentes. Remite a fenómenos de orden tanto simbólico como material. [...] Aparece tanto como un producto lógico y espontáneo de la historia de las relaciones inter-étnicas como el resultado esperado de la política voluntarista del Estado. (BOCCARA, 2015: 208)

Com base na discussão, entende-se que, longe de um espaço de suposta neutralidade, a interculturalidade, embora constituindo importante elemento na luta pela justiça social, depende na prática, dos interesses vinculados aos grupos que dela se utilizam. Nesse sentido, podem servir tanto como instrumento de dominação e controle, como auxiliar na comunicação e no empoderamento das minorias sociais. Ferreira (2015) atenta que a interculturalidade é uma categoria polissêmica, utilizada de forma múltipla e imprecisa. Neste sentido, sua importância pode residir em uma perspectiva prescritiva, apontado por Candau (2008), como um projeto de transformação social voltado para o respeito às diferenças e à construção de relações mais simétricas e dialógicas (FERREIRA, 2015).

A intermedialidade e sua viabilização na prática supõe a superação da distinção entre o conhecimento técnico e não técnico, especializado e leigo, mais uma estratégia para legitimar o exclusivismo epistemológico da ciência e desqualificar ou descartar os conhecimentos tradicionalmente construídos.

A fronteira entre os dois tipos de conhecimento é complexa e fluida e a imposição de sua separação como imperativo de rigor, de eficácia ou de racionalidade, particularmente em circunstâncias em que estão em causa problemas complexos e diagnósticos controversos destes, torna legítima a suspeita de ela estar ao serviço de um projeto específico de organização do saber e do poder, mesmo quando legitimado por preocupações com o bem comum (SANTOS, 2005: 55).

Corroborando com este debate, Langdon observa que a dificuldade de comunicação entre conhecimento científico e “tradicional” decorre do grau intercultural e de um preconceito implícito. Ressalta que embora o leigo não possua a formação profissional em saúde, “ele também tem seu sistema médico, seu mundo

de conhecimentos, e sua maneira de diagnosticar e interpretar as doenças e suas causas” (BECKER, 2009: 3).

Sem serem suplantadas pela biomedicina, outras formas de conhecimento florescem na América Latina, como também em outras partes do mundo (LANGDON, 2014: 1027). Seja pela insatisfação com as práticas biomédicas, impessoais e invasivas, ou pelo fácil acesso e baixo custo, tem crescido em todo o mundo a procura por essas práticas que se fundamentam em saberes diversos, pressionando estratégias e ações em prol da legitimação dessas medicinas “outras”. No Brasil, a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), por meio da Lei 9.836/99, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria 971 de 3 de maio de 2006 e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PICs), regulamentada pelo Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006, são exemplos do reconhecimento da coexistência dos saberes plurais.

Porém, conforme observa Langdon (2017: 459), “existe una brecha entre la garantía jurídico-política de un derecho y sus resultados en la vida cotidiana de los ciudadanos”. Em se tratando da política de atenção à saúde indígena, a autora destaca que, embora elaborada com base nos princípios de acesso universal, participação comunitária e articulação de saberes, na prática está “marcada por un alto grado de estandarización de rígidas normas técnicas prescriptivas, cuyo carácter estrictamente biomédico las hace impermeables a contextos y singularidades locales” (LANGDON, 2017: 461).

Pesquisas etnográficas que promoveram a interface entre três campos disciplinares (antropologia, saúde coletiva e ciências farmacêuticas), apontam que os problemas estão centrados, principalmente, no despreparo de gestores e profissionais de saúde para atuarem em realidades marcadas pelo preconceito em que a “práxis é caracterizada por uma forte institucionalização, centralização e burocracia, sob a hegemonia do modelo biomédico” (LANGDON; GRISOTTI, 2016: 100).

Assim, a intermedicalidade surge como um caminho possível. Porém, dada sua complexidade e os mecanismos de controle e de poder que atuam pela manutenção do *status quo*, consiste ainda um grande desafio viabilizá-la “de fato” (LEAU, 2017).

Considerações finais

Estes modos biomédicos de compreender e intervir nos corpos possuem estatuto hegemônico devido à adoção de seus ideais – caracterizados como modernos – por classes dominantes (XABA, 2005), e que também encontram aceitação ampla e legitimidade na população de forma geral (McCALLUM; ROHDEN; GRUDZINSKI, 2015: 08). Esta hegemonia, no entanto, não se estabelece livre de contestações e, com a emergência de discursos favoráveis à diversidade cultural, tem-se buscado formas “que permitam a presença de tradições paralelas no pensar e tratar do corpo e dos seus males e processos fisiológicos e mentais” (McCALLUM; ROHDEN; GRUDZINSKI, 2015: 08). Deste modo, esta hegemonia biomédica está no centro de práticas e saberes divergentes, sem estabelecer um controle absoluto sobre estas “outras” medicinas.

A lógica prática da biomedicina age mais como uma âncora poderosa, ou melhor, uma série de âncoras, um controle disperso sobre os modos de vivenciar e de agir sobre os processos corporais. Suas formas e modos de operação compõem um ponto de referência que exerce uma força de gravidade constante, tornando-se o pivô no centro de um turbilhão de práticas e lógicas outras, paralelas, alternativas (e assim por diante)

que são fincadas socialmente e produzidas a partir de distintas histórias e culturas. (McCALLUM; ROHDEN; GRUDZINSKI, 2015: 8)

São inegáveis as contribuições proporcionadas pelos avanços científicos e tecnológicos. Contudo, a apropriação desses importantes elementos pelo modelo de desenvolvimento vigente, que busca expandir seus domínios e influência, tem contribuído para a manutenção das desigualdades evidenciadas nas classificações dos países do mundo em desenvolvido, subdesenvolvidos e em desenvolvimento, Primeiro Mundo e Terceiro Mundo, Norte e Sul, entre outras.

Compreender estes complexos processos implica a ressignificação dos conceitos de saúde e doença e na percepção do ser humano em suas multidimensionalidades. Portanto, avançar no sentido de promover efetivamente a saúde e o bem-estar das pessoas pressupõe combater a hierarquização entre saberes e a instauração de uma relação dialética entre as diferentes formas de viver, perceber, significar e atuar no mundo.

*Recebido em 31 de agosto de 2019.
Aprovado em 8 de fevereiro de 2020.*

Referências

BARROS, José Augusto de. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 11 (1): 67-84, 2002.

BASSEY, Nnimmo. “Breaking the chains of development”. In: KOUTHARI, Ashish et al. (eds.). *Pluriverse: a post-development dictionary*. Delhi: Tulika Books, 2019. pp. 3-5.

BATISTELLA, Carlos. “Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica”. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. pp. 25-50.

BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BECKER, Sandra Greice et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem* 62 (2): 323-326, 2009.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Vigilância ambiental em saúde no Brasil: heranças e desafios. *Saúde e Sociedade* 26 (4): 1044-1057, 2017.

BOCCARA, Guillaume. “Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina”. In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (orgs.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. pp. 195-216.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

CANDAU, Vera Maria. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Revista Brasileira de Educação*, 13 (37): 45-56, 2008.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo, Cultrix, 1982.

CHAKRABARTY, Dipesh. *Provincializing Europe: postcolonial thought and historical difference*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2000.

CUNHA, Manuela Carneiro da. “Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico”. In: *Cultura com Aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2009. pp. 301-310.

ESCOBAR, Arturo. “Post-development as a concept and social practice”. In: ZIAI, A. (ed.). *Exploring Post-Development: Theory and Practice, Problems and Perspectives*. New York: Routledge, 2007. pp. 18-31.

FERREIRA, Luciane Ouriques. “Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras”. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (orgs.) *Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. pp. 217-246.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (6): 1869-1878, 2015

FOLLÉR, Maj-Lis. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. pp. 129-147.

GIORGIA, Piras. Transculturação, intersubjetividade, zona de contato em uma perspectiva decolonial da tradução. CONGRESSO INTERNACIONAL EPISTEMOLOGIAS DO SUL, 2016, Foz do Iguaçu – PR. *Anais eletrônicos do Congresso Epistemologias do Sul*. Foz do Iguaçu: UNILA, 2017.

GÓMEZ-BAGGETHUN, Erik. “Sustainable development”. In: KOUTHARI, Ashish et al. (ed.). *Pluriverse: a post-development dictionary*. Delhi: Tulika Books, 2019. pp. 71-73.

GREENE, Shane. The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, 25 (4): 634-658, 1998.

GÜEMES, Alonso Muños. Medicina tradicional en la Huasteca Potosina. *Glosario médico español tenek*. Ciudad Valles, San Luis Potosí: Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso, 2012. Disponível em: <<http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1284/index.htm>> Acesso em: dez. 2017.

IGREJA, Paula Sofia da. *Performance Clown e saúde: o papel dos trapamédicos na humanização do ambiente hospitalar na cidade de Blumenau*. Dissertação de (Mestrado em Desenvolvimento Regional), Universidade Regional de Blumenau, 2016.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Salud Colectiva*, 13 (3): 457-470, 2017.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4): 1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3): 1-9, 2010.

LEAU, Carmen Yon. La interculturalidad realmente existente en salud. *Revista Argumentos*, 11 (3): 36-41, 2017.

LEFF, Enrique. *Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

MACHADO, Maria Helena Pereira Toledo. Resenha: PRATT, Mary Louise. Os Olhos do Império. Relatos de viagem e transculturação. Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, 20 (39): 281-289, 2000.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. pp. 31-49.

MARTINS, Paulo Henrique. O ensaio sobre o dom de Marcel Mauss: um texto pioneiro da crítica decolonial. *Sociologias*, 16 (36): 22-41, 2014.

McCALLUM, Cecília; ROHDEN, Fabíola; GRUDZINSKI, Roberta. “Introdução — Hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil”. In: McCALLUM, C.; ROHDEN, F. (org.). *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA/ABA, 2015. pp. 7-26.

MENENDÉZ, Eduardo. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1): 9-32, 2005.

MONTIBELLER-FILHO, Gilberto. *O mito do desenvolvimento sustentável: Meio ambiente e custos sociais no moderno sistema produtor de mercadorias*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.

MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2011.

MORIN, Edgar. *Saberes Globais e Saberes Locais*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

MORIN, Edgar. *Terra-pátria*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU BR. *A Agenda 2030*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>> Acesso em: jul. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponível em: <https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/>. Acesso em: ago. 2019.

PRATT, Mary Louise. A crítica na zona de contato: nação e comunidade fora de foco. *Travessia: Revista de literatura*, 38: 7-30, 1999.

QUIJANO, Anibal. *Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula G. de. NUNES, João Ariscado. “Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo”. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. pp. 21-26.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (11): 3547-3552, 2015.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2005.

SHIVA, Vandana. “Development – for the 1 per cent”. In: KOUTHARI, Ashish et al. (eds.). *Pluriverse: a post-development dictionary*. Delhi: Tulika Books, 2019. pp. 6-8.

STAVENHAGEN, Rodolfo. Etnodesenvolvimento: uma dimensão ignorada no pensamento desenvolvimentista. *Anuário Antropológico*, 84: 11-44, 1985.

SVAMPA, Maristella. The Latin American critique of development. In: KOUTHARI, Ashish et al. (eds.) *Pluriverse: a post-development dictionary*. Delhi: Tulika Books, 2019. pp. 18-21.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. CÂMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3 (2): 47-59, 1998.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)*. Dissertação (Mestrado em História), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, 2012.

XABA, Thokozani. “Prática médica marginalizada: a marginalização e transformação das medicinas indígenas na África do Sul”. In: SANTOS, B. S. (org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. pp. 377-421.

O poder colonial em ação: contribuições de Max Gluckman e Georges Balandier para o estudo do colonialismo

Gabriel Calil Maia Tardelli
Universidade de Brasília

Resumo: Neste ensaio, analiso as contribuições de Max Gluckman e Georges Balandier para o estudo do colonialismo, a exemplo dos conceitos de *situação social* e *situação colonial*, bem como das noções de conflito e mudança social. Na parte final, relaciono as situações etnográficas e as teorias elaboradas por eles com a noção foucaultiana de poder e com o conceito de *poder tutelar*, de modo a esboçar uma compreensão inicial a respeito de como o colonialismo é atualizado contemporaneamente no Brasil.

Palavras-chave: colonialismo; conflito; Max Gluckman; Georges Balandier.

A C E N O

TARDELLI, Gabriel Calil Maia. O poder colonial em ação: contribuições de Max Gluckman e Georges Balandier para o estudo do colonialismo. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 265-280, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (PPGAS/UnB); pesquisador do Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (INCT/InEAC); do Núcleo de Pesquisas sobre Práticas e Instituições Jurídicas (NUPIJ/UFF); do Laboratório de Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (LEIPP/DAN/UnB) e do Laboratório e Grupo de Estudos em Relações Interétnicas (LAGERI/DAN/UnB).

The colonial power in action: contributions of Max Gluckman and Georges Balandier to the study of colonialism

Abstract: In this essay, I analyze the contributions of Max Gluckman and Georges Balandier to the study of colonialism, such as the concepts of social situation and colonial situation, as well as the notions of conflict and social change. In the end, I relate the ethnographic situations and theories elaborated by them with the Foucauldian notion of power and with the tutelary power concept, in order to sketch an initial understanding of how colonialism is updated contemporaneously in Brasil.

Keywords: colonialism; conflict; Max Gluckman; Georges Balandier.

El poder colonial en acción: contribuciones de Max Gluckman y Georges Balandier para el estudio del colonialismo

Resumen: En este ensayo, analizo las contribuciones que de Max Gluckman y Georges Balandier para el estudio del colonialismo, a ejemplo de los conceptos de situación social y situación colonial, así como de las nociones de conflicto y cambio social. En la parte final, relaciono las situaciones etnográficas y las teorías elaboradas por ellos con la noción foucaultiana de poder y con el concepto de poder tutelar, de modo a esbozar una comprensión inicial acerca de cómo el colonialismo es actualizado contemporáneamente en Brasil.

Palabras clave: colonialismo; conflicto; Max Gluckman; Georges Balandier.

O encontro colonial

Apesar da existência de inúmeras histórias da antropologia, são inegáveis as relações entre a disciplina em seus passos iniciais e o colonialismo (KANT DE LIMA, 2008; ERIKSEN e NIELSEN, 2010). Ainda que possamos questionar até que ponto os antropólogos e as antropólogas daquele período compactuaram ou não com o sistema colonial (KUPER, 1978), o fato é que as relações de poder coloniais forjaram as condições de possibilidade para que o conhecimento antropológico pudesse ser produzido (NADER, 1972; ASAD, 2017).

Nas décadas de 1920 e 1930, houve uma expansão da antropologia inglesa do Pacífico até a África (ERIKSEN e NIELSEN, 2010). A antropologia política² recebeu maior atenção justamente quando alguns alunos de Bronislaw Malinowski e A. R. Radcliffe-Brown começaram a trabalhar em contextos africanos. Lá, encontraram formas de governo organizadas em Estados centralizados e instituições políticas que se assemelhavam mais aos reinos, principados e repúblicas europeias do que as formas supostamente indiferenciadas e desarticuladas estudadas anteriormente pelos antropólogos (COLSON, 1979). Assim, “puestos políticos bien definidos, una jerarquía de autoridad y comunicación, así como el control explícito de la fuerza organizada, eran rasgos familiares y podían ser manejados en términos de las teorías políticas del momento (COLSON, 1979: 22).

Segundo Gentili (2000: 46), esses trabalhos foram motivados “seja pelas exigências de conhecimento da política colonial britânica de administração ‘indireta’, seja pela descoberta de que no continente africano continuavam a existir e a funcionar sistemas políticos ‘tradicionais’, quando, no resto do mundo, sistemas desse tipo estavam desaparecendo rapidamente”. Sob essa perspectiva, enquanto um *projeto* e, ao mesmo tempo, uma *especialização* da pesquisa antropológica, a antropologia política teve seu campo de estudos delimitado dentro da antropologia social ou da etnologia, através da descrição e da análise dos sistemas políticos (estruturas, processos e representações) das sociedades ditas “primitivas” ou “arcaicas” (BALANDIER, 1969).

No prefácio que escrevera para *African political systems*, coletânea organizada por Meyer Fortes e Edward Evans-Pritchard, publicada em 1940, Radcliffe-Brown definiu o que seria o domínio do político dentro de uma sociedade tradicional: “a consideração dos fatos relativos à lei e à guerra, o estudo dos conteúdos normativos e constitucionais, bem como dos padrões de conflito e beligerância” (PACHECO DE OLIVEIRA, 1986).

Influenciado pelo estruturalismo de Radcliffe-Brown, Evans-Pritchard demonstrou como os Nuer organizavam-se politicamente a partir de uma estrutura de linhagem, a qual dispensava a presença de um poder centralizador. Fortes, por

² Filio-me, aqui, a opinião de Pacheco de Oliveira (1986), para quem a antropologia política não consiste em uma disciplina autônoma dentro da antropologia; ao contrário, o campo da antropologia política está ligado às contribuições dadas pelos antropólogos sociais ao domínio do “político”.

sua vez, observou que os Tallensi exerciam um controle político sobre povos étnica, linguística e culturalmente diferentes, através da articulação entre uma estrutura de clãs e uma estrutura de ritual (PACHECO DE OLIVEIRA, 1986).

Para os autores africanistas das décadas de 1930 e 1940 – notadamente aqueles orientados pelo estrutural-funcionalismo –, a política era percebida como um domínio distinto do domínio do parentesco. Esses antropólogos buscavam normas e prescrições que permeavam o funcionamento dos sistemas políticos, além de pressuporem que as sociedades estudadas se encontravam em uma “estabilidade relativa” (PACHECO DE OLIVEIRA, 1986).

Embora também pertencessem à essa “linhagem” de antropólogos, Edmund Leach e Max Gluckman romperam, em alguma medida, com o “presente etnográfico”, isto é, com o predomínio da dimensão sincrônica que norteava aquelas monografias etnográficas. Com as publicações de *Political systems of highland Burma*, em 1954, e de *Analysis of a social situation in modern Zululand*, em 1958,³ Leach e Gluckman contribuíram, respectivamente, para uma aproximação da antropologia com a história e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de estudos que passaram a levar em consideração as mudanças sociais.

Gluckman ingressara na antropologia em meados da década de 1930, quando a influência de Malinowski cedia lugar à de Radcliffe-Brown (KUPER, 1978). Não obstante, frequentou os seminários do antropólogo polaco e manteve com ele um diálogo constante através de suas obras – de maneira crítica ou elogiosa⁴ (GLUCKMAN, 1947; 1975; 2010). Nascido em Johannesburg, na África do Sul, estudara antropologia social, primeiramente, na Universidade de Witwatersrand, sob a orientação da Sra. Hoernlé, que seguia os passos de Radcliffe-Brown (KUPER, 1978).

Em 1934, foi para Oxford, e fez seu doutorado em 1936, sob a orientação de Evans-Pritchard e Fortes. Entre 1936 e 1938, realizou trabalho de campo na Zululândia, tendo publicado os resultados dessa pesquisa em 1940, em um capítulo sobre os Zulu em *African political systems* e a primeira parte de *Analysis of a social situation in modern Zululand* (KUPER, 1978). Em relação ao primeiro texto, Kuper (1978: 173) afirma que “este foi o único escrito realista de análise política, tratando do contexto de dominação racial”, que compôs aquela coletânea. Quanto ao segundo trabalho, Gluckman demonstra “como a sociedade política plural formada por dominação colonial ou colonizadora deve fornecer o quadro de referência para a compreensão dos sistemas ‘tribais’ locais” (KUPER, 1978: 173).

Tendo o sul da África como uma das principais bases etnográficas, os estudos provenientes do Rhodes-Livingstone Institute, localizado na África Central, contrastavam significativamente com os trabalhos dos antropólogos de Oxford e Cambridge na África Ocidental e Oriental (KUPER, 1978). Gluckman ingressou no Instituto em 1939 – um ano após a sua fundação –, sucedendo Godfrey Wilson na direção em 1941. Os antropólogos ligados a esse centro de pesquisa estudavam desde processos de urbanização, migração e crescimento populacional até a proletarianização e a maneira pela qual formas tradicionais, como o parentesco, eram mantidas mesmo em situações de mudanças bruscas (ERIKSEN e NIELSEN,

³ A primeira parte de *Analysis of a social situation in modern Zululand* foi publicada em 1940; a monografia completa saiu em 1958.

⁴ “A moderna Antropologia inglesa foi durante muito tempo dominada por Bronislaw Malinowski e por A. R. Radcliffe-Brown. Este último contribuiu com um enfoque teórico mais fecundo, embora os antropólogos ingleses já tenham superado em grande parte as suas conquistas. Em todo caso, considero Malinowski como o verdadeiro pai da moderna Antropologia inglesa. A teoria é apenas um dos lados da ciência: o outro lado, igualmente importante, é o tipo de dado que se submete à análise teórica” (GLUCKMAN, 1975: 63).

2010). Esses pesquisadores, de acordo com Eriksen e Nielsen (2010: 107) “investigavam as relações raciais em cidades mineradoras numa época em que grande parte da antropologia predominante ainda considerava a discriminação racial como domínio da sociologia”.

Na França, o Pacífico e a África eram ambos importantes campos de pesquisa etnográfica desde os anos 1920. Fortemente influenciado pelos estudos desenvolvidos pelo Rhodes-Livingstone Institute, como os de Gluckman (COPANS, 2001), Georges Balandier, após a II Guerra Mundial, fortaleceu ainda mais as pesquisas africanistas⁵ (ERIKSEN e NIELSEN, 2010). Para ele, o crescente interesse despertado pelo domínio do político na década de 1960 se devia, dentre outros fatores, aos processos de descolonização da África (BALANDIER, 1969).

Balandier nasceu em uma pequena aldeia de Haute-Saone, um departamento da França. Diplomou-se pelo Instituto de Etnologia da Sorbonne. Recrutado pelo Escritório de Pesquisa Científica Colonial⁶, passou a trabalhar para o Instituto Francês da África Negra, em Dakar, no ano de 1946. Em África, viveu na Guiné, Gabão e Congo, lugares sobre os quais escreveu em duas importantes obras para os estudos africanistas: *Sociologie actuelle de l'Afrique noire* e *Sociologie des Brazzavilles noires*, publicadas em 1955.⁷

Em um artigo intitulado “La situation coloniale: approche théorique”, publicado nos *Cahiers internationaux de sociologie* em 1951⁸, Balandier (2014) sustenta que os antropólogos que atuaram em África, Ásia e Oceania não poderiam/deveriam ter ignorado o contexto colonial. Por um lado, alguns pesquisadores estiveram em busca de sociedades “puras” e inalteradas, enquanto outros especulavam sobre os destinos da civilização ou sobre as origens da sociedade; por outro, mesmo os antropólogos que se engajavam em uma “antropologia aplicada” acabaram por enfatizar determinados aspectos daquele contexto em detrimento de outros.

Os problemas raciais, na opinião de Balandier (2014: 54), receberam pouca atenção desses pesquisadores, “o que se explica pela atenção concedida às culturas mais do que às sociedades, também, pela preocupação (mais ou menos consciente) de não questionar os próprios fundamentos (e a ideologia) da sociedade colonial da qual participam”.

Neste ensaio, pretendo analisar as contribuições que Gluckman e Balandier deram para o estudo do colonialismo, a exemplo dos conceitos de *situação social* (GLUCKMAN, 2010) e *situação colonial* (BALANDIER, 2014), bem como as noções de conflito e mudança social. Na parte final, relaciono as situações etnográficas e as teorias elaboradas por eles com a noção foucaultiana de poder (1995; 2018) e com o conceito de *poder tutelar* (SOUZA LIMA, 1995), de modo a esboçar uma compreensão inicial a respeito de como o colonialismo é atualizado contemporaneamente.

⁵ Um de seus alunos, o antropólogo francês Claude Meillassoux – que chegou a elaborar uma tipologia dos “modos de produção pré-capitalistas” em África – escreveu em um prefácio que Balandier o havia introduzido “à melhor antropologia do momento – isto é, a antropologia inglesa”, tecendo elogios a Schapera, Gluckman, Monica Wilson e outros (ERIKSEN e NIELSEN, 2010, p. 138).

⁶ Anteriormente, chamava-se Escritório de Pesquisa Científica e Técnica no Exterior (ORSTOM, na sigla em francês). Hoje, chamam-no de Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento (IRD, na sigla em francês).

⁷ Disponível em: https://www.lemonde.fr/disparitions/article/2016/10/05/la-mort-de-georges-balandier-sociologue-specialiste-de-l-afrique_5008603_3382.html. Acesso em: 20 dez. 2018.

⁸ Embora este artigo não tenha sido republicado, as ideias ali desenvolvidas estão presentes em “La notion de ‘situation’ coloniale”, primeiro capítulo de seu livro *Sociologie actuelle de l'Afrique noire* (COPANS, 2001).

Observando o poder colonial

Em *Analysis of a social situation in modern Zululand*, Gluckman desenvolve a noção de *situação social*, que consiste em eventos observados pelos antropólogos, através dos quais é possível verificar a validade de suas generalizações (GLUCKMAN, 2010). As situações sociais estão relacionadas com outras situações em um sistema social. Assim, a partir da análise de eventos sucessivos, podemos compreender quais são as configurações que marcam determinada estrutura social. Nesse sentido, o padrão dominante da área pesquisada por Gluckman, isto é, o norte da Zululândia assemelha-se ao de qualquer outra reserva da África do Sul, uma vez que

uma situação social é, em algumas ocasiões, o comportamento de indivíduos como membros de uma comunidade, analisado e comparado com seu comportamento em outras ocasiões. Dessa forma, a análise revela o sistema de relações subjacentes entre a estrutura social da comunidade, as partes da estrutura social, o meio ambiente físico e a vida fisiológica dos membros da comunidade. (GLUCKMAN, 2010: 252)

O evento enfatizado por Gluckman é a cerimônia de inauguração da ponte Malungwana – a primeira construída pelo Departamento de Assuntos Nativos. A construção dessa ponte teria dois objetivos: 1) permitir a comunicação do magistrado de Mahlabatini com parte de seu distrito e 2) tornar possível o acesso ao Hospital Ceza, para onde as mulheres zulus acorriam quando necessitavam de atendimento obstétrico.

Gluckman descreve detalhadamente a área onde a ponte foi erguida – inclusive, contamos com o auxílio pictórico de um mapa –, os participantes do evento (europeus, magistrado local, cirurgião do distrito, missionários e funcionários do hospital, comerciantes, policiais etc.), assim como as ações e falas desses atores no decorrer da cerimônia.

Embora os europeus estivessem de um lado e os zulus, de outro, é significativo que “quase todos os altos dignitários zulus trajavam roupas de montaria europeia, embora o rei estivesse usando um terno de passeio. Pessoas comuns trajavam combinações variadas de roupas europeias e zulus” (GLUCKMAN, 2010: 245-246). Apesar de a cerimônia ter sido iniciada com uma canção do clã do chefe local, entoaram, logo em seguida, um hino inglês. Do mesmo modo, o magistrado fez um discurso em inglês, traduzido simultaneamente para o zulu pelo seu funcionário zulu. Seguindo o exemplo dos europeus, os zulus aplaudiram os discursos (GLUCKMAN, 2010).

A Zululândia moderna era uma estrutura compartilhada por brancos europeus e zulus, de modo que há uma única comunidade branco-africana cujos grupos possuem modos específicos de comportamento. Os eventos ocorridos na ponte devem ser relacionados a um sistema composto, em parte, pelas relações entre zulus e europeus. Tais relações – marcadas por separação e reserva –, conforme Gluckman (2010: 253), “podem ser estudadas como normas sociais, como pode ser demonstrado pela maneira como zulus e brancos adaptam, sem coerção, seu comportamento uns aos outros”.

Gluckman elenca diferentes motivos e interesses que levaram àquelas pessoas à inauguração da ponte. Para os zulus, a inauguração era um evento mais local do que para os europeus: enquanto a maioria destes sabia do evento, a maioria dos zulus de Nongoma sequer sabiam da existência da ponte. Na Zululândia, além do regente, somente o governo pode promover um evento de importância pública para zulus e europeus. Isso porque o poder político tanto do governo quanto do rei zulu constitui forças organizatórias.

O magistrado planejou a cerimônia, teve o poder para organizá-la dentro dos limites de certas tradições sociais e pôde fazer inovações de acordo com as condições locais. Mas, obviamente, a divisão das pessoas em grupos e muitas das ações não foram planejadas. A configuração subsidiária e não planejada dos eventos do dia tomou forma de acordo com a estrutura da sociedade zululandesa moderna. (GLUCKMAN, 2010: 256)

Sob essa perspectiva, assim como o evento tomou forma em conformidade com a estrutura social, esta foi solidificada pela situação social. A separação entre europeus e zulus durante a inauguração ganha significado quando outros padrões de comportamento são observados. “Essa separação”, segundo Gluckman (2010: 257), “envolve mais do que a diferenciação axiomáticamente presente em todas as relações sociais. Pretos e brancos são duas categorias que não devem se misturar (...). Na Zululândia, um africano nunca poderá transformar-se num branco”. A manutenção dessa separação – expressa nas políticas de “segregação” e “desenvolvimento paralelo” – é um valor dominante para os brancos.

Balandier (2014: 56) reconheceu a importância de se relacionar os aspectos “modernistas” observados pelos antropólogos à situação colonial, caminho seguido, entre outros, por Fortes e Gluckman que consideram, como ressaltai acima, “que, no caso da África negra colonizada, sociedade negra e sociedade branca participam integralmente de um mesmo conjunto, abordando a noção de ‘situação’”.

Em sua tentativa de sistematizar um arcabouço teórico que pudessem contribuir para os estudos referentes às sociedades colonizadas, Balandier (2014) defendeu que os pesquisadores levassem em consideração a *situação colonial*, isto é, um conjunto complexo constituído por diferentes domínios, como a história, a economia e o político-administrativo. Nesse sentido, a expansão colonial das nações europeias poderia ser encarada a partir de muitas perspectivas.

O historiador estuda a colonização em diferentes períodos e em função da nação colonial, de modo a compreender as mudanças que ocorrem através das relações entre as nações coloniais e os povos colonizados. Ele revela como o sistema colonial se estabeleceu e passou por transformações, bem como os seus diferentes aspectos políticos, jurídicos e administrativos e as ideologias que justificam esse sistema (BALANDIER, 2014). Em relação a esse último aspecto, Balandier (2014: 38) defende que “não há sociologia dos povos colonizados válida se não se presta atenção às ideologias e aos comportamentos mais ou menos estereotipados que elas suscitam”.

Muitos historiadores tendem a afirmar que os processos de “pacificação” e “melhoria” dos países colonizados ocorreram por conta dos interesses das nações ocidentais em oposição aos interesses locais. Mas, além de observar a pressão externa exercida sobre as sociedades colonizadas, o historiador atenta, igualmente, para as reações à tal pressão. As análises das sociedades colonizadas não podem negligenciar “suas condições específicas”, que não revelem apenas “processos de adaptação e de recusa, as conduções inovadoras nascidas da destruição dos modelos sociais”, mas também expressam “pontos de resistência” dessas sociedades (BALANDIER, 2014: 37).

Um outro ponto de vista diz respeito às razões econômicas que servem à propaganda da política de expansão. Essa dimensão econômica pode ser encontrada nos estudos sobre “imperialismo”, sobre a exploração de matérias-primas pelas nações coloniais, a exploração em larga escala, o comércio de importação-exportação e a estagnação econômica dos povos colonizados. Outros estudos têm como

foco os problemas do campesinato, da proletarização e da constituição de burguesias (BALANDIER, 2014).

Conforme Balandier (2014: 40), além das indicações dadas pelo historiador, o pesquisador que tenha a pretensão de compreender as sociedades colonizadas deve estar atento também às manifestações econômicas. Isso porque “não são somente os contatos de uma civilização de um tipo técnico e de uma civilização de um tipo primitivo, atécnico, que explicam as estruturas destas sociedades”. Nesse ponto, Balandier (2014) endossa a crítica que Gluckman fez a Malinowski no que diz respeito ao não reconhecimento do caráter conflituoso das relações.

Em contrapartida, Balandier (2014: 43) cita, em uma nota de rodapé, o trabalho de Gluckman realizado no Leste da África⁹ – juntamente com os de outros “autores de importantes trabalhos” – para criticá-lo pelo fato de ter conduzido suas pesquisas “unicamente em relação à economia e à organização social ‘primitivas’, em função das perturbações trazidas pela economia ‘moderna’ pelos problemas que estas colocam”. Ou seja, apesar das críticas de Gluckman a Malinowski (GLUCKMAN, 1947), para Balandier, parece que o antropólogo sul-africano teria incorrido nos mesmos equívocos ao evocar somente os resultados do “contato”. Não obstante, vale ressaltar que Gluckman não deixa de descrever a história da região a partir do uso de fontes historiográficas.

Em outro momento, sem citar Gluckman, Balandier (2014: 42) refere-se às obras de antropólogos anglo-saxões que trabalharam em África, “preocupados, e com razão, com a ‘*practical anthropology*’”. Essas “omissões” de citações, aparentemente propositais, reaparecem em *Sociologie actuelle de l’Afrique noire*. Atentando para isso, Copans (2011: 39, tradução nossa) opina que “essas ninharias, como o *status* não-científico, no sentido estrito do termo, de pelo menos metade das referências, confirmam o caráter fundador deste texto: ele não se refere a nenhuma tradição disciplinar, especialmente porque evita a crítica da literatura colonial como tal”.

No que diz respeito especificamente à situação criada na África do Sul pelos europeus, Balandier destaca os seguintes fatores:

segregação territorial imposta pelo *Native land act*, de 1913 (as *native areas* são constituídas por apenas 12% da superfície total da União), segregação social legalizada pelo *Colour bar act*, de 1926, que reduz os trabalhadores negros somente às funções de operários não qualificados, participação medíocre dos negros na renda nacional (representando 69% da população, eles só retêm 20% da renda nacional, enquanto os brancos, que formam 21% da população, compartilham 74% desta renda), bases raciais e racistas dadas à organização econômica e política, contradições profundas de uma política que organiza a segregação – os brancos temem ser sobrepujados pelos negros –, ao mesmo tempo em que ela deve “mobilizar o máximo de mão de obra indígena”, e provocar, em consequência, o êxodo rural causando “proletarização” e “destribilização”. (BALANDIER, 2014: 42)

Há, ainda, estudos da situação colonial cuja ênfase recai sobre as implicações políticas e administrativas. Nesse caso, há trabalhos que levam em conta o papel desempenhado pelos aparelhos administrativos e judiciários para assegurar a dominação colonial, além de questões relacionadas à degradação rural, ao desenvolvimento do proletariado colonial, à “balcanização mantida ou criada e às rivalidades entre grupos étnicos”. Assim como os aspectos históricos e econômicos, a

⁹ No texto, não há referência sobre qual seria o trabalho em questão. A citação aparece da seguinte forma: “Citamos, para a África do Sul (I. Schapera, M. Hunter), para a África do Leste (L. P. Mair, Audrey Richards, M. Read, M. Gluckman), para a África do Oeste (M. Fortes, D. Forde, K. L. Little) como autores de importantes trabalhos” (BALANDIER, 2014: 43). De todo modo, vale frisar que Balandier não menciona – pelos menos explicitamente – as pesquisas de Gluckman realizadas na Zululândia.

dimensão político-administrativa, segundo Balandier (2014), não deve ser esquecida.

De acordo com Balandier (2014), a situação da África do Sul é paradigmática, uma vez que demonstra como as dimensões econômicas, políticas e raciais estão interligadas. Dessa forma, a situação colonial deve ser considerada como um “complexo”, uma “totalidade”.

Dividir para conquistar

As observações de Gluckman voltavam-se à vida cotidiana; sobretudo para as tensões entre indivíduos e grupos. Como ressalta Kuper (1978: 170), ele e Leach, a despeito das divergências, “foram atraídos para os problemas do conflito de normas e manipulação de regras, e ambos usaram uma perspectiva histórica¹⁰ e o método de caso ampliado para investigar esses problemas”.¹¹

Na Zululândia, Gluckman observou que as relações entre europeus e zulus são marcadas por hostilidade e conflito. Entretanto, a cisão entre esses grupos é justamente o fator de sua integração em apenas uma comunidade. Ainda que essa constatação esteja em conformidade com a noção de *oposição segmentária* desenvolvida pela teoria oxfordiana, Gluckman introduziu em seus trabalhos novas formas de oposição e conflito (KUPER, 1978).

Em “Rituals of rebellion in South-East Africa”¹², Gluckman descreveu algumas cerimônias dos Bantos do Sudeste, na Zululândia, Suazilândia e Moçambique, a fim de demonstrar como esses eventos revelavam tensões sociais, motivo pelo qual ele os chamou de *rituais de rebelião*. Ao contrário do que possa parecer *a priori*, esses rituais, que seguiam esquemas tradicionais estabelecidos, não questionavam a estrutura social, mas, sim, as distribuições de poder (GLUCKMAN, 2011).

Os Suzi realizavam cerimônias nacionais cujo simbolismo explicitava as tensões que permeavam a vida nacional, assim como o faziam os seus vizinhos Zulu. Na interpretação de Gluckman (2011: 21), esses rituais não eram “apenas uma declaração maciça de união, mas também uma ênfase no conflito, uma afirmativa de rebelião e rivalidade contra o rei, com afirmações periódicas de união com o rei e de retirada de poder do rei”. E mais: “a estrutura política é santificada na pessoa do rei, por ser essa estrutura a fonte de prosperidade e força que protege a nação interna e externamente”.

Gluckman (2011: 23) conclui que, na vida política africana, “os homens eram rebeldes, jamais revolucionários”, tendo em vista que a ordem social estabelecida não era questionada. Os atores (o rei, os príncipes reais e os súditos) não apenas aceitavam a ordem existente e suas instituições como realmente acreditavam nelas. “Aqueles que disputavam o poder contra uma autoridade estabelecida queriam apenas conseguir a posição da autoridade para si próprios” (GLUCKMAN, 2011: 23).

O caráter aparentemente paradoxal do conceito de *conflito* desenvolvido por Gluckman encontra correspondência em sua análise sobre os significados da categoria *dívida* em diferentes sociedades. Em um dos capítulos de *The ideas in*

¹⁰ Para Gluckman, contudo, Leach incorreu em erro ao não colocar a categoria Kachin *hka* (disputa entre facções; dívida) em uma perspectiva histórica e comparativa (GLUCKMAN, 1973). Para uma apresentação mais pormenorizada do debate entre esses autores, ver Kuper (1978).

¹¹ Outra (infeliz) coincidência: tanto Leach quanto Gluckman perderam suas notas de campo durante a guerra (KUPER, 1978).

¹² Este trabalho foi apresentado, primeiramente, como The Frazer Lecture, em 1952. Dois anos depois, foi publicado pela Manchester University Press com o mesmo título. Posteriormente, em 1963, passou a constar em *Order and rebellion in tribal Africa*, livro de sua autoria (GLUCKMAN, 2011).

Barotse jurisprudence, publicado em 1965, Gluckman utiliza-se dos dados de Leach, que descreve como a dívida possui dois aspectos entre os Kachin: por um lado, caso não seja quitada, pode gerar hostilidades entre facções; por outro, pode significar um estado de dependência e amizade (GLUCKMAN, 1973).

Quando Gluckman iniciou seu trabalho de campo em África, a teoria durkheimiana ainda era prestigiada pela antropologia social inglesa. Seguindo essa perspectiva, os antropólogos sustentavam que as sociedades eram sistemas baseados em valores comuns, na integração, no equilíbrio e na continuidade, de modo que a atividade política estaria voltada à manutenção da ordem (COLSON, 1979).

Ainda sob a influência oxfordiana, Gluckman tratava o conflito como um mecanismo de integração a serviço da manutenção das relações políticas. No entanto, diferentemente de Durkheim e de alguns autores que o seguiam, não tratou o conflito como uma espécie de anomia que colocava em risco o sistema social. Ao contrário, parece ter combinado as ideias do sociólogo francês com as de Simmel¹³ (COLSON, 1979), para quem o conflito é uma forma de *sociação*, na medida em que está “destinado a resolver dualismos divergentes; é um modo de conseguir algum tipo de unidade, ainda que através da aniquilação de uma das partes conflitantes” (SIMMEL, 1983: 122).

Em seu livro *A history of anthropology*, Eriksen e Nielsen (2010: 109) afirmam que “o interesse de Gluckman pelo conflito social foi inspirado por seu radicalismo político e, em última análise, por Marx. Mas diferentemente de Marx (e como Evans-Pritchard), ele via o conflito como um processo que por fim levava à integração”.

Para Gluckman, todas as relações sociais têm dois aspectos, quais sejam, a *divisão* e a *fusão*. No primeiro caso, interesses divergentes tendem a romper a relação; no segundo, tais interesses divergentes são reconciliados por meio de laços comuns em um sistema de coesão social. Divisão e fusão são inerentes à natureza de uma estrutura social (GLUCKMAN, 2010).

Assim, os conflitos entres grupos tendem a ser equilibrados através da cooperação dos membros desses grupos em outros agrupamentos. No caso dos grupos oponentes da Zululândia, a estabilidade do sistema se deve à coesão social de suas relações econômicas e da força do governo (GLUCKMAN, 2010). Os indivíduos utilizam-se, estrategicamente, de diferentes grupos de modo a “(...) escapar das dificuldades encontradas em um desses grupos. Ao fazer isso, pode até agir contra o que considera serem os interesses de um grupo importante, do qual é membro, sem perceber a contradição do seu comportamento” (GLUCKMAN, 2010: 312).

A participação dos indivíduos em grupos está vinculada, portanto, aos inúmeros interesses, valores e motivos que influenciam seu comportamento em situações diferentes, ou seja, indivíduos pertencentes a certos grupos são membros potenciais de outros (GLUCKMAN, 2010). Gluckman argumenta que “os indivíduos podem, assim, assumir vidas coerentes por meio da seleção situacional de uma miscelânea de valores contraditórios, crenças descontraídas, interesses e técnicas variadas”.

Em “La situation coloniale: approche théorique”, Balandier dialoga diretamente com os dados empíricos de Gluckman – ainda que nem sempre o cite. Isso porque “a África do Sul é um dos casos mais evocados no artigo. A situação do *apartheid* é como uma espécie de modelo analítico da situação colonial com suas

¹³ Contudo, vale ressaltar que, a despeito dos pontos de convergência entre Gluckman e Simmel, aquele afirmou que desconhecia as ideias do sociólogo alemão quando elaborou seus próprios argumentos (KUPER, 1978).

sociedades branca e negra, sua dominação racial e sua dinâmica religiosa” (CO-PANS, 2001, tradução nossa).

Na situação colonial, os grupos em contato podem ser divididos a partir da “sociedade colonial” (grupo dominante) e “sociedade colonizada” (grupo subjugado). Teríamos assim: a) a sociedade colonial, com exceção dos estrangeiros da raça branca; b) os “estrangeiros” da raça branca; c) os *coloured* (categoria inglesa utilizada para designar mestiços e estrangeiros de cor); d) a sociedade colonizada, isto é, os “nativos”. Dispostos hierarquicamente, esses grupos são classificados a partir de critérios raciais e de nacionalidade, postulando “a excelência da raça branca, e, mais precisamente, desta fração – que é a nação colonizadora (a supremacia é dada como fundamentada na história e na natureza)” (BALANDIER, 2014: 47).

Entre os grupos dominados, os *coloured* são os mais desfavorecidos. Isso porque, em função de representações raciais, são rejeitados tanto pela sociedade colonial quanto pela sociedade colonizada. Mediante a imposição de medidas discriminatórias, são isolados social e espacialmente (BALANDIER, 2014). Em uma nota de pé de página, Gluckman (2010: 266) ressalta que “o termo ‘raça’ é usado num sentido totalmente não científico na África do Sul. Há muitos escritos e pronunciamentos pseudocientíficos sobre raça”.

Apesar de a sociedade colonizada ser numericamente superior, não deixa de ser uma minoria sociológica. Citando Maunier, Balandier (2014: 50) nos lembra que a “colonização é um fato de poder”: o predomínio da tutela em detrimento da autonomia. A dominação colonial “se exprime por um estado de fato (práticas não codificadas, mas que conduzem a uma viva reprovação se não respeitadas) e por um estado de direito”. Tal dominação é assegurada por diferentes setores da sociedade colonial responsáveis por domínios específicos, a exemplo do político, do econômico e do espiritual. Ideologicamente, utiliza-se de um sistema de pseudojustificativas de caráter racial (BALANDIER, 2014).

O princípio “dividir para conquistar” é seguido à risca pelas nações coloniais. Ainda que as sociedades colonizadas sejam historicamente divididas étnica e/ou espiritualmente, é notório o uso que o poderio colonial faz dessas divisões, na medida em que as pratica arbitrariamente. No que diz respeito às divisões religiosas, a colonização fomentou oposições entre o cristianismo e religiões locais. Em relação às divisões sociais, temos a separação entre “urbanos” e “rurais”, entre “proletários” e “burgueses”, entre gerações (BALANDIER, 2014).

Os “contatos” aos quais os povos colonizados estão submetidos são produzidos em condições particulares, ou seja, em uma *situação colonial*. Nessas condições, uma minoria estrangeira – que se afirma como racialmente superior – impõe seu domínio sobre uma maioria autóctone materialmente inferior. De um lado, uma civilização mecanizada, economicamente poderosa e de origem cristã; de outro, civilizações não mecanizadas, economicamente “atrasadas” e “não-cristãs”. Para que essas relações antagônicas sejam mantidas, em outras palavras, para que a dominação seja endossada, os grupos dominantes recorrem à “força” e a um sistema de pseudojustificativas (BALANDIER, 2014).

Tal como Gluckman, Balandier (2014: 58) percebe que, na história das sociedades colonizadas, os conflitos adquirem diferentes graus de intensidade: ora encontram-se em estado de latência, em um período de equilíbrio ou adaptação; ora os conflitos tornam-se explícitos e afloram os antagonismos, em momentos “vividos pelo ‘colono’ como uma retomada da discussão da ordem estabelecida,

pelo ‘colonizado’, como um ensaio de reconquista da autonomia”. Nesses momentos, as “crises” – importante *locus* de observação da situação colonial – são reveladas.

Equilíbrio, mudança social e processo

Eriksen e Nielsen (2010: 98) avaliam que “a mudança social não era uma questão em pauta na Inglaterra nem na França, onde ela só seria introduzida na antropologia nos anos 1960 através do trabalho do africanista Georges Balandier e seus alunos”. No entanto, ainda que, de fato, tenha recebido pouca atenção antes da década de 1960, não devemos esquecer das importantes contribuições dadas por Gluckman e Leach à essa questão de forma pioneira.

Na terceira parte de seu ensaio sobre a Zululândia moderna, Gluckman propõe uma distinção entre *sistemas repetitivos* e *sistemas em mudança*. O equilíbrio repetitivo ocorre quando o repertório cultural é capaz de solucionar o conflito. Em contrapartida, o equilíbrio é colocado em xeque quando a estrutura e o aparato cultural são incapazes de resolvê-lo e a cooperação não pode ser alcançada. Nesse caso, novos conflitos são engendrados à medida em que o conflito central permanece sem resolução. Eis o contexto no qual as mudanças podem ocorrer (GLUCKMAN, 2010).

Para Leach (2014), entretanto, o “equilíbrio” ao qual Gluckman e outros antropólogos britânicos se referem é uma “ilusão”. Isso porque, no caso dos Kachins, o “equilíbrio estável” está restrito ao plano das ideias; o mundo empírico, ao contrário, não está ordenado de um modo sistemático, havendo uma oscilação política de longa duração. Kuper (1978: 175-176), igualmente, não vê com bons olhos a oposição proposta por Gluckman entre sistemas repetitivos e variáveis, pois “isso levou-o por vezes a extremos absurdos, que o obrigaram mais tarde a rever a sua posição”.

De fato, Gluckman reviu suas posições, quando da publicação de *Order and rebellion in tribal Africa*, em 1963. Embora Leach (2014: 52) o considerasse o seu “mais vigoroso oponente em matérias teóricas e que defendeu com coerência o tipo de teoria do equilíbrio orgânico”, Gluckman aprovou a tese de Leach e reconheceu os equívocos de sua teoria dos sistemas em equilíbrio.

Em 1959, Gluckman apontou, no Congresso Internacional de Stresa¹⁴, os inconvenientes do “método da ilustração adequada” (*apt illustration method*) para os estudos que pretendem dar conta de processos mais amplos da vida social. De maneira autocrítica, observou que, ainda que seus trabalhos entre os Zulu e os Barotse tenham contribuído para o desenvolvimento da antropologia social, seus objetivos acabaram por se concentrar na apresentação das morfologias sociais.

Agora me parece claro que, apesar da minha análise [sobre as tomadas de decisão dos juízes Barotse] ter-se desenvolvido através de muitos casos, alguns minuciosamente relatados, estes tinham sido tratados como incidentes isolados trazidos ao tribunal. E, no entanto, é óbvio que cada caso era apenas um incidente num longo processo de relações sociais, com suas raízes mergulhadas no passado, que os seus protagonistas voltariam muitas vezes a viver juntos, e que a interação entre eles seria afetada pela decisão do tribunal. (GLUCKMAN, 1975: 70)

¹⁴ Este trabalho, intitulado “Ethnographic data in British social anthropology”, viria a ser publicado em 1961, em *The sociological review* (GLUCKMAN, 1975).

A partir desse momento, ele passou a defender um novo tipo de análise que tratasse os casos como estágios de um processo¹⁵ dinâmico de relações sociais, mediante o uso do “método de casos desdobrados” (*extended-case method*). O antropólogo deve, portanto, descrever e analisar uma série de incidentes ligados às mesmas pessoas ou grupos sociais,

no decorrer de um período suficientemente longo, e demonstrar como esses incidentes, esses casos, se relacionam com o desenvolvimento e a mudança das relações sociais entre essas pessoas e grupos, agindo no quadro de sua cultura e de seu sistema social. (GLUCKMAN, 1975: 68)

Desde 1949, Gluckman estivera alocado na Escola de Manchester, conhecida, dentre outros méritos, pelos estudos que tratavam de questões ligadas ao colonialismo. Os antropólogos dessa instituição argumentavam que a *mudança* não podia ser reduzida a “um simples objeto de estudo”, uma vez que não seria possível compreendê-la descrevendo simplesmente o “antes” e o “depois” da estrutura social (ERIKSEN e NIELSEN, 2010). Ao contrário, “Gluckman e seus colegas mostraram que, quando os efeitos locais de processos globais são investigados empiricamente, eles se dissolvem em redes complexas de relações sociais que estão em constante mudança e influenciam umas às outras” (ERIKSEN e NIELSEN, 2010: 108)¹⁶.

Já Balandier (2014: 57) sugere que as transformações pelas quais passam as sociedades subjugadas pela colonização podem ser observadas e analisadas a partir das *crises* que mencionei nos parágrafos acima. Estas não correspondem às fases de um processo supostamente evolutivo; têm, isto sim, “caráteres específicos em função do tipo de sociedade colonizada e da natureza da situação colonial”.

Algumas considerações finais

A meu ver, quando contrastamos as observações de Gluckman e Balandier, especialmente em relação à África do Sul, percebemos algumas importantes nuances. A análise de Gluckman parece dar maior complexidade àquele contexto etnográfico, principalmente pelo uso das noções de escolha situacional e de conflito.

O quadro oferecido por Balandier, diferentemente, adquire feições mais rígidas em função da utilização frequente das categorias *dominantes* e *dominados* – ainda que descreva os diferentes grupos que compõem aquela sociedade e que proponha que a análise seja realizada através de várias perspectivas. Por um lado, isso se deve ao caráter de “denúncia” que o texto assumiu e à própria posição política de Balandier¹⁷; por outro, se deve ao fato de Balandier não tratar de uma situação colonial específica. Seu texto parece ter a qualidade de propor uma espécie de tipo ideal (a “situação colonial”), que deve ser investigado etnograficamente em diferentes contextos.

A monografia de Gluckman, sem perder de vista as relações assimétricas, dispõe indivíduos, grupos e instituições em um jogo de tabuleiro, ou, para ser mais condizente com a Escola de Manchester, em uma rede complexa de relações so-

¹⁵ Aluno de Gluckman, Turner desenvolveu o conceito de *drama social* enquanto “unidades de processo anarmônico ou desarmônico que surgem em situações de conflito” (TURNER, 2008: 33). Para Turner, os dramas sociais possuem quatro fases de ação pública observáveis: a) *ruptura*; b) *crise*; c) *ação corretiva*; e d) *reintegração*.

¹⁶ “Essa é a ideia por trás da ‘teoria de rede’ de Barnes, um conceito mais dinâmico do que o de ‘estrutura social’ de Radcliffe-Brown” (ERIKSEN e NIELSEN, 2010, p. 108).

¹⁷ Disponível em: https://www.lemonde.fr/disparitions/article/2016/10/05/la-mort-de-georges-balandier-sociologue-specialiste-de-l-afrique_5008603_3382.html. Acesso em: 20 dez. 2018.

ciais. Nesse caso, os europeus detêm a posição de dominantes, mas não necessariamente detêm o poder. É o que demonstra Crapanzano (1986) em sua etnografia sobre os brancos da África do Sul. A fim de estudar os efeitos da dominação sobre os dominantes, o antropólogo estadunidense percebeu que estes estão presos ao interior do sistema de dominação da mesma forma que os dominados: ambos possuem uma pequena margem de manobra.

Essa perspectiva pode ser complementada pela noção de *campo político* de Bourdieu (2015), definido como um espaço onde ocorre uma luta de forças entre polos opostos. Nesse campo, a luta política configura-se como uma “guerra sublimada” (BOURDIEU, 2015) ou como uma guerra continuada por outros meios (SOUZA LIMA, 1995; FOUCAULT, 2018). Isso porque os atores, grupos e instituições lutam pelo poder simbólico de fazer ver e fazer crer, de predizer e de prescrever, de dar a conhecer e de fazer reconhecer, que é ao mesmo tempo uma luta pelo poder sobre os ‘poderes políticos’ (as administrações do Estado)” (BOURDIEU, 2015: 179).

Lembremo-nos da cerimônia de inauguração da ponte: os discursos proferidos em inglês e zulu, as canções dos Zulu e o hino dos britânicos, a separação entre os participantes do evento, as vestimentas europeias e “nativas” (GLUCKMAN, 2010). Além disso, recordemo-nos da categoria utilizada pelos ingleses para classificar mestiços e estrangeiros de cor (*coloured*), bem como de todas as legislações que consolidaram o *apartheid* (BALANDIER, 2014).

A meu ver, o poder que está em jogo nos contextos coloniais não deve ser compreendido como algo unívoco, universal ou supra-histórico. Ao contrário, o poder é relacional e histórico, motivo pelo qual devemos observar o poder em exercício (FOUCAULT, 1995; 2018). É *a partir e através* das relações de poder que as ações dos indivíduos são afetadas, o que implica na produção de sujeitos e assujeitamentos (FOUCAULT, 1995; 2018).

Sob essa perspectiva, o exercício do poder colonial, em alguns contextos, pode ser compreendido como um *poder tutelar* (SOUZA LIMA, 1995), uma vez que, enquanto um modo de integração territorial e política, é exercido sobre as ações de determinados grupos e sobre seus territórios. No Brasil, esse poder é exercido, por exemplo, sobre povos e territórios indígenas (SOUZA LIMA, 1995) e sobre populações e espaços urbanos periféricos, como as favelas cariocas (PACHECO DE OLIVEIRA, 2014).

Ademais, o poder tutelar é também um modo de relacionamento e governamentalização de poderes. Em caso de disputas, ele pode mediar sem tomar partido, arbitrará-las de modo a contribuir para a manutenção do conflito ou produzir intencionalmente o dissenso através do já mencionado princípio romano: *divide e impera* (SOUZA LIMA, 1995).

O conflito aparece, portanto “como forma estruturante fundamental da interação (SOUZA LIMA, 1995: 40), em conformidade com Gluckman (2010; 2011) e Simmel (1983), enquanto o colonialismo (ou a colonização) surge como um “fato de poder” (BALANDIER, 2014) que limita a autonomia de indivíduos e grupos e as condições de possibilidade de se subverter a ordem vigente.

Recebido em 26 de junho de 2019.
Aprovado em 30 de novembro de 2020.

Referências

- ASAD, Talal. Introdução à Anthropology and the colonial encounter. *Ilha – Revista de Antropologia*, 19 (2): 313-327, 2017.
- BALANDIER, Georges. *Antropologia política*. São Paulo: Difusão Européia do Livro; Editora da Universidade de São Paulo: 1969.
- BALANDIER, Georges. A situação colonial: abordagem teórica. *Cadernos CERU*, 25 (1): 33-58, 2014.
- BOURDIEU, Pierre. “A representação política. Elementos para uma teoria do campo político”. In: *O poder simbólico*. Lisboa: Edições 70, 2015.
- COLSON, Elizabeth. “Antropología política”. In: LLOBERA, José R. (org.). *Antropología política*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1979.
- COPANS, Jean. La situation coloniale de Georges Balandier - notion conjuncturelle ou modèle sociologique et historique? *Cahiers internationaux de sociologie*, 110: 31-52, 2001.
- CRAPANZANO, Vincent. *Waiting: the whites of South Africa*. New York: Random House, 1986
- ERIKSEN, Thomas Hylland; NIELSEN, Finn Sivert. *História da antropologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- FOUCAULT, Michel. “O sujeito e o poder”. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. 2. ed. São Paulo: Editora WMF, Martins Fontes, 2018.
- GENTILI, Anna Maria. “Antropologia política”. In: BOBBIO, Norberto et al. (orgs.). *Dicionário de Política*, v. 1. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.
- GLUCKMAN, Max. Malinowski's 'functional' analysis of social change. *Africa: Journal of the International African Institute*, 17 (2): 103-121, 1947.
- GLUCKMAN, Max. “Obrigação e dívida”. In: DAVIS, Shelton H. (org.). *Antropologia do direito: estudo comparativo de categorias de dívida e contrato*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- GLUCKMAN, Max. “O material etnográfico na antropologia social inglesa”. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (Org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1975.
- GLUCKMAN, Max. “Análise de uma situação social na Zululândia moderna”. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos*. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2010.
- GLUCKMAN, Max. Rituais de rebelião no sudeste da África. *Série Tradução*, v. 1. Brasília: DAN/UnB, 2011.

KANT DE LIMA, Roberto. “Por uma antropologia do direito, no Brasil”. In: *Ensaaios de antropologia e de direito*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris Editora, 2008.

KUPER, Adam. *Antropólogos e antropologia*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978.

LEACH, Edmund Ronald. *Sistemas políticos da alta Birmânia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

NADER, Laura. “Up the anthropologist: perspectives gained from 'studying up'”. In: HYMES, D. *Reinventing anthropology*. New York: Random House, 1972.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. “Antropologia política”. In: SILVA, Benedicto (coord.). *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. Pacificação e tutela militar na gestão e populações e territórios. *Mana*, 20 (1): 125-161, 2014.

SIMMEL, Georg. “A natureza sociológica do conflito”. In: MORAES FILHO, Evaristo de (org.). *Simmel: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

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

TURNER, Victor W. *Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana*. Niterói: EDUFF, 2008.

Os artefatos laminares da coleção Indaiazinho e sua contribuição para a compreensão das ocupações Jê na história de Mato Grosso do Sul, Brasil

Rodrigo Luiz Simas de Aguiar¹

Renan Silva Martins²

Luiz Fernando de Almeida Silva

Giovanni Radaelli Cenci

Universidade Federal da Grande Dourados

Resumo: O artigo traz as considerações e os resultados provenientes da análise da coleção de artefatos líticos “PCH Indaiazinho”, que compõe a reserva técnica do Laboratório de Arqueologia da Universidade Federal da Grande Dourados. As peças da coleção foram analisadas em busca de vestígios que comprovassem sua utilização, para isso empregamos técnicas de reconhecimento dos possíveis estigmas. A partir da cerâmica pré-colonial da tradição Una, à qual o material lítico estava associado, sabemos que os remanescentes arqueológicos são produtos dos Jê pré-coloniais. A análise demonstrou que a produção de artefatos laminares era um elemento importante no modo de produção, relacionando-se não com a abertura de grandes áreas de cultivo, mas sim ao desbaste de arbustos e pequenas árvores que, provavelmente, serviriam para alimentar grandes fogueiras.

Palavras-chave: artefatos líticos; análise; arqueologia pré-colonial; Jê.

¹ Doutor em Antropologia pela Universidad de Salamanca com pós-doutoramento em Arqueologia Pré-histórica na Universidade de Coimbra. Coordenador do Laboratório de Arqueologia da Universidade Federal da Grande Dourados.

² Graduando do curso de História pela Universidade Federal da Grande Dourados.

The blade type stone tools from Indaiazinho collection and their contribution to the study of Jê occupation in the history of Mato Grosso do Sul, Brazil

Abstract: This paper brings the results from the analysis of the stone tools from “PCH Indaiazinho” collection that is part of the Archaeology Laboratory of Federal University of Grande Dourados. The tools were analyzed in searching for wear marks that proves their use. The Una pottery indicates that the stone tools was made by Prehistoric Je groups. The study demonstrate that the production of blade type tools was an important element in the production mode, not related to the cleaning of fields for farming but to the cut of bushes and small trees probably used to feed large bonfires.

Keywords: stone tools, analysis, prehistoric archaeology, Jê, Mato Grosso do Sul, Brazil.

Los artefactos laminares de la colección Indaiazinho y su contribución pala la comprensión acerca de las ocupaciones Jê en la história de Mato Grosso do Sul, Brasil

Resumen: El artículo aporta los resultados provenientes del análisis de la colección de artefactos líticos “PCH Indaiazinho”, que integran la reserva técnica del Laboratorio de Arqueología de la Universidad Federal da Grande Dourados. Las piezas de la colección fueron analizadas en busca por marcas que probasen la utilización y para eso empegamos las técnicas de reconocimiento de posibles estigmas. Considerando la cerámica precolonial de la tradición Una, a la cual el material lítico estaba asociado, sabemos que los restos arqueológicos son productos de los Jê precoloniales. El análisis ha demostrado que la producción de artefactos laminares era un elemento importante en el modo de producción, empleado no en la abertura de grandes áreas de cultivo, pero en la poda de carrascos y arboles pequeños que, muy probablemente, alimentaron grandes hogueras.

Palabras clave: artefactos líticos, análisis, arqueología precolonial, Jê, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Neste artigo discutiremos os resultados das análises do material proveniente da coleção Indaiazinho, que integra a reserva técnica do laboratório de arqueologia da Universidade Federal da Grande Dourados. A coleção Indaiazinho é formada por remanescentes arqueológicos provenientes do projeto de “Monitoramento do Patrimônio Arqueológico da Área sob Intervenção da PCH Indaiazinho”. O empreendimento se deu no município de Cassilândia, estado de Mato Grosso do Sul e a variável arqueológica ficou sob a responsabilidade da Ambiente Consultoria e Assessoria LTDA, tendo como arqueóloga responsável Camila Constantino Alves (ALVES, 2011).

A parcela analisada da coleção Indaiazinho é constituída por 282 peças, sendo 89 artefatos líticos, 189 fragmentos de cerâmica pré-colonial e 4 fragmentos de vidro contemporâneo. As atividades desenvolvidas em laboratório se concentraram exclusivamente na análise dos artefatos líticos da coleção, tendo por objetivo relacionar o contexto dos artefatos à ocupação pré-colonial da região do rio Indaiazinho, afluente do Rio Sucuriú.

A confirmação da presença do Jê arqueológico na porção leste do estado de Mato Grosso do Sul demonstra que estes grupos também estiveram presentes no contexto geográfico da Bacia do Paraná, ainda que seus sítios sejam predominantes na parte oeste do estado, na Bacia do Paraguai.

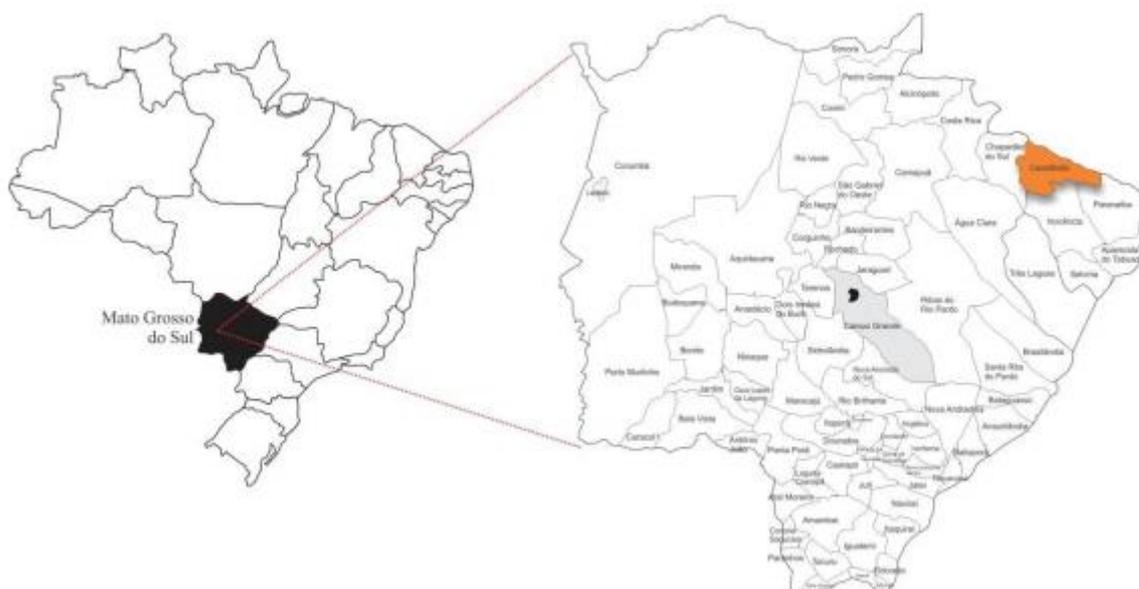


Figura 1. Localização do município de Cassilândia, Mato Grosso do Sul.



Figura 2. Previsão da Área de Impacto Direto do empreendimento (em ALVES, 2011) e, após a conclusão do empreendimento, a área diretamente impactada observada através do Google Earth.

Parte da cerâmica desta coleção apresenta características específicas da Tradição Una, permitindo estabelecer a conexão com os povos Jê pré-coloniais. Também os artefatos líticos laminares são indicadores da Tradição Una. Em nossa análise, focamos nos artefatos líticos, especialmente os laminares, como machados e raspadores. Para tanto, depositamos nossa atenção nas técnicas de lascamento empregadas na elaboração dos artefatos, bem como na identificação de estigmas de uso. Dentre os marcadores que indicam o uso do artefato, destaca-se o embotamento e os microlascamentos no gume.

Inspirados em Semenov (1973), entendemos que a utilização dos artefatos líticos para qualquer um dos diversos fins possíveis, deixa vestígios permanentes na ferramenta. Essas marcas são estudadas através da traceologia, que se ocupa de interpretar, a partir dos vestígios deixados nos artefatos líticos, para que e como foram utilizados esses artefatos. As bases dos estudos de técnicas para identificação de marcas de utilização nos artefatos líticos foram propostas por Semenov, em 1957 e, apesar de suas propostas já datarem de mais de meio século, são ainda muito relevantes para o estudo de artefatos arqueológicos em laboratório. O autor russo assevera que a utilização dos artefatos líticos deixa macro e micro estigmas, que são passíveis de investigação pelo arqueólogo, seja a olho nu ou com o auxílio de microscópio. O contato da superfície funcional de um artefato com outro objeto – seja cortando madeira, carneando carcaças ou qualquer outra atividade de uso – pode deixar vestígios indelévels, sendo estes vestígios uma fonte de informação sobre as atividades humanas na pré-história. Em outras palavras:

Durante o contacto, os bordos e superfícies sofrem modificações de natureza mecânica e de ordem química visíveis à escala microscópica. A cada material trabalhado e atividade efetuada correspondem vestígios de uso bem característicos, igualmente perceptíveis ao microscópio. Os estigmas de utilização conservados no objeto testemunham o gesto efetuado e a atividade que lhe está subjacente. A interpretação da função e das modalidades de utilização dos materiais arqueológicos é realizada com base nos vestígios de uso obtidos pela experimentação onde são reproduzidas as atividades pressupostamente efetuadas. (IGREJA et al., 2007: 19)

Tais pressupostos foram norteadores de nossas análises, para as quais fizemos uso de estereoscópio binocular com ampliação de 40 vezes ou de 80 vezes (dependendo do caso). Os resultados serão apresentados ao longo do texto.

Breve contexto arqueológico para as ocupações Jê na história de Mato Grosso do Sul

Ainda que o início da ocupação humana no estado date entre 12 e 10 mil A.P.³, com o movimento de povos caçadores e coletores pelos campos do Brasil Central, já bem discutida na bibliografia científica (SCHMITZ, 1987; VERONEZE, 1992; SCHMITZ, 2005; MARTINS e KASHIMOTO, 2012; BUENO e DIAS, 2015; AGUIAR, 2016; AGUIAR e SOUZA, 2017), decidimos focar o contexto arqueológico diretamente no período de interesse para nosso estudo, quando das ocupações arqueológicas Jê. Em se tratando de povos Jê pré-coloniais, existe um grande vazio na produção científica de Mato Grosso do Sul. O pouco que sabemos vem de dados complementares de pesquisas cujo foco foram outras tradições arqueológicas. Aguiar et al. (2019) tentaram estabelecer um panorama para as ocupações da tradição Una⁴ em um texto que está em processo de publicação. Fora este, restam apenas alguns poucos artigos para ajudar a compreender o processo de ocupação Jê na história sul-mato-grossense (AGUIAR, 2017; AGUIAR et al., 2018). Assim sendo, entendemos que a construção de um panorama acerca da ocupação pré-colonial por povos Jê em Mato Grosso do Sul está ainda no início e que a carência de fontes é o maior desafio no momento.

Se usarmos a cerâmica Una como marcador para as ocupações Jê do Brasil Central, podemos estabelecer uma cronologia. A produção mais antiga deste tipo de cerâmica que se tem notícia data de 4 mil anos (PROUS, 1992). Em Mato Grosso do Sul, as ocupações Jê estão datadas em 3 mil anos (AGUIAR, 2016). Alguns autores propõem que os ceramistas Jê seriam a continuidade de grupos caçadores e coletores tardios que incorporaram a cerâmica ao seu horizonte tecnológico (WUST, 1990; MORALES, 2008). Os resultados das escavações da equipe espanhola do Museu de Altamira nos sítios paraguaios de Cerro Corá e Cerro Guazú também parecem sugerir este tipo de transição, com datas de 5.200 A.P. para a fase pré-cerâmica, aparecendo na sequência cerâmica datada em 3.215 A.P. (LASHERAS CORRUCHAGA et al., 2014).

Por volta de 3 mil anos atrás, os grupos Jê teriam iniciado suas migrações para as terras do sul do Brasil (URBAN, 1998; SCHMITZ e ROGGE, 2013). Deixando para trás os campos de cerrado, passam a se adaptar aos campos de araucárias, tendo a coleta do pinhão como atividade destacada. Já no litoral se tornam exímios pescadores, ocupando também as ilhas (AGUIAR, 2009). Isso demonstra a capacidade de adaptação destes caçadores e coletores ceramistas, assumindo novas práticas em face a outros ecossistemas, de forma a otimizar os modos de produção.

Métodos e procedimentos de laboratório

A coleção Indaiazinho é constituída por 89 artefatos líticos, divididos em raspadores, lâminas, lascas, estilhas, núcleos e machados de mão. Todas as peças foram produzidas em arenito silicificado, a exceção de uma peça em sílex e outra em granito.

³ A.P.: antes do presente. [N. do E.]

⁴ A tradição arqueológica Una é a forma que se usa para classificar tecno-estilisticamente as ocupações Jê pré-históricas na região Centro-Oeste, sendo a cerâmica, os artefatos laminares e a arte rupestre do estilo “pisadas” os elementos mais expressivos (AGUIAR, 2017; AGUIAR et al, 2019).

Lâminas	Raspadores	Machados de mão	Machado polido	Núcleos	Lascas comuns	Estilhas
2	16	4	1	8	56	2

Tabela 1. Distribuição morfo-tecnológica dos artefatos.

A primeira etapa foi a separação das peças em categorias e sua conferência com o livro tombo. Percebeu-se algumas incongruências na classificação feita durante a etapa de processamento, sendo estas corrigidas, com a formação de uma nova distribuição de categorias, cujo resultado está na tabela acima.

Após a distribuição das peças em categorias, partiu-se para a análise propriamente dita. Primeiramente, as peças foram analisadas a olho nu e por meio de lupa circular com iluminação artificial e aumento de cinco vezes. Já nesta etapa foi possível identificar estigmas de uso em algumas as peças, conforme descrito no item “**Os artefatos laminares**” deste artigo. Noutros casos, foi necessário empregar estereoscópio binocular com aumento de até 80 vezes.

Segundo Semenov (1973), há uma série de indícios a serem rastreados que podem representar estigmas de uso. O primeiro deles é a formação de uma linha ou de brilho ou de embotamento no gume, resultante da fricção do instrumento cortante sobre uma superfície menos resistente, como carne, fibras ou pele. Também se nota a perda da capacidade cortante, que fica muito evidente quando o objeto não é submetido a retoques. Há ainda a formação de microlascamentos nas arestas cortantes que ocorrem quando há grande pressão da mesma sobre a matéria a ser cortada. Machados, por exemplo, costumam apresentar este tipo de estigma que, em linhas gerais, constitui-se da expulsão de diminutas estilhas paralelamente à aresta cortante do artefato. Algumas lâminas, empregadas em atividades de grande pressão ou em materiais de maior resistência, também podem apresentar esta classe de estigma.

Quando a procura destes estigmas a olho nu não trouxe resultados, submeteu-se os artefatos à ampliação de 40 e até 80 vezes em estereoscópio. Houve alguns casos em que apenas quando o artefato foi submetido à ampliação é que se pôde registrar alguma classe de estigma de uso.

Os artefatos laminares

Por artefatos laminares entendemos todos os instrumentos produzidos com a finalidade de corte contendo, ao menos, uma aresta cortante ou gume. Estes gumes, sejam de machados, raspadores ou lâminas, seriam obtidos tanto pelo preparo da aresta cortante através de lascamento ou por intermédio do polimento. No caso da coleção analisada temos as duas categorias.

Os lascamentos empregados na produção dos artefatos analisados, via de regra, eram obtidos por percussão direta dura. Não notamos o emprego de lascamento bipolar, com uso de bigorna. Entre os artefatos laminares lascados, quando o gume apresentava perda de sua capacidade cortante, o mesmo poderia ser reavivado por meio de trabalho de retoque.

A maioria das peças da coleção Indaiazinho são descorticadas, predominando as lascas *per se*. Algumas lascas, apesar de morfologicamente ideais para serem utilizadas como raspadores, não apresentaram vestígios de utilização (seja em nível macro ou micro), levando-nos a considerar a possibilidade de que foram descartadas após o lascamento.

As peças foram submetidas à análise em estereoscópio binocular com aumento de 40 ou 80 vezes (dependendo do caso), com o objetivo de se encontrar microlascamentos ou ranhuras de uso. Também foi utilizada lupa de aumento de cinco vezes, dotada de iluminação, pois a reflexão da luz da lupa sobre as peças torna possível identificar outros estigmas de uso, como o lustre ou o embotamento.

Para consolidar a metodologia de análise, seguiu-se os seguintes passos: a) classificação tipológica das peças; b) a identificação da matéria-prima; c) a verificação da presença, ou não, de estigmas de uso (macro ou micro); d) a identificação dos lascamentos e se houve retoque ou não.

Para classificar as lâminas de machados, foram utilizadas as definições presentes em Laming-Empereire (1967) e Fernandes (2014).

Lâminas de machado lascadas

PEÇA IDZ 004 – ferramenta de arenito silicificado, classificada como uma lâmina de machado lascada. Apresenta vestígios de trabalho em seu gume, porém, não foram notados vestígios de utilização. A peça foi trabalhada a fim de se criar uma aresta cortante (gume), isso é evidente por conta de uma série de pequenas retiradas executadas com essa finalidade. Uma curvatura acentuada próxima ao gume, que tornou a peça muito mais fina que o ideal, pode ter inviabilizado seu uso como machado de mão. A peça também demonstra negativos sobrepostos de lascamentos anteriores, e pelo menos 3 sequências de lascamento.

PEÇA IDZ 010 – é uma lâmina de machado de mão, lascada, em arenito silicificado. Apresenta vestígios de uso, tanto na forma de embotamento, como microlascamentos por toda a superfície do gume. Não aparenta trabalho de retoque. Há duas sequências de lascamentos presentes em duas faces diferentes, ambas sobrepostas, indicando retiradas anteriores. É possível notar uma grande faixa cortical em uma das faces.

PEÇA IDZ 11 – grande lasca, tipicamente conchoide, em arenito silicificado, classificada como lâmina de machado lascada. Seu uso seria na forma de machado de mão. Não apresenta vestígios de retoque, ou lascamentos posteriores. Possui estigmas de uso detectado pela presença de microlascamentos em uma parte do seu gume. A peça apresenta somente um negativo de lascamento em uma de suas faces. Há um pequeno resquício de córtex.

PEÇA IDZ 014 – machado polido de arenito silicificado, sendo o único artefato deste tipo em toda a coleção. Está fraturada na sua metade distal, com perda da parte onde se fixaria o cabo. Não foram notados claros estigmas de uso em seu gume, que está totalmente intacto. Há uma moosa em uma das faces, do tipo presente em quebra-coquinhos, o que pode indicar o emprego da peça para este fim após sua fratura.

PEÇA IDZ 089 – lâmina de machado lascada de arenito silicificado. Essa ferramenta foi remodelada a partir de um núcleo, sendo visível sua aparência bastante rudimentar. Apresenta estigmas de uso esparsos ao longo do gume. Por ser um núcleo reaproveitado é possível identificar uma série de retiradas diferentes em suas faces. Há um enorme vestígio de córtex em uma das faces.

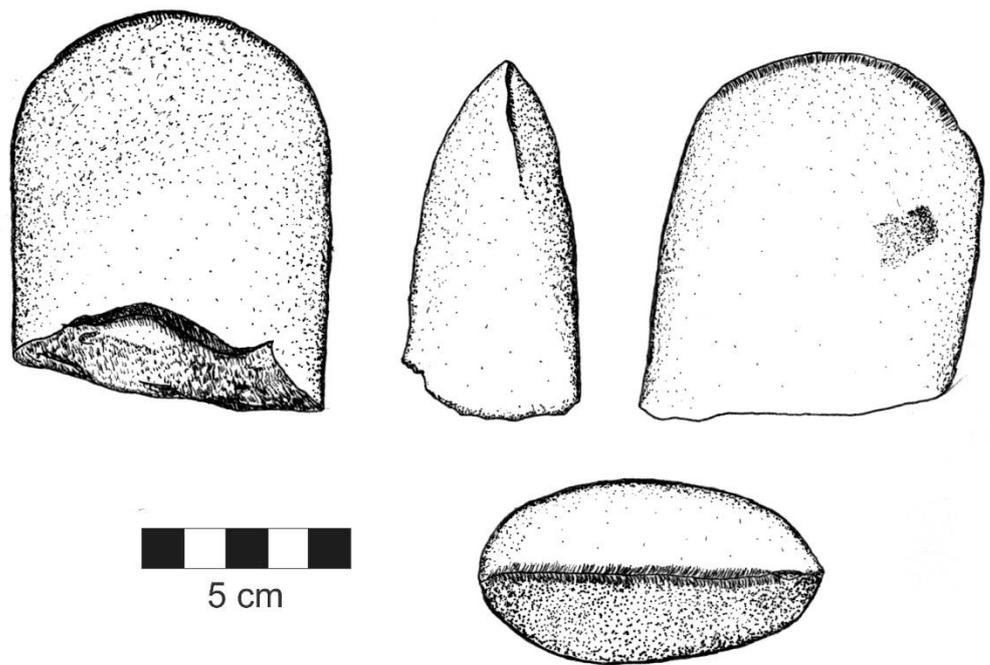


Figura 3 - Peça IDZ 14 – Lâmina de machado polido fraturado em sua metade distal destinada ao encabamento. Em uma de suas faces apresenta uma pequena moesa do tipo quebra-coquinho.

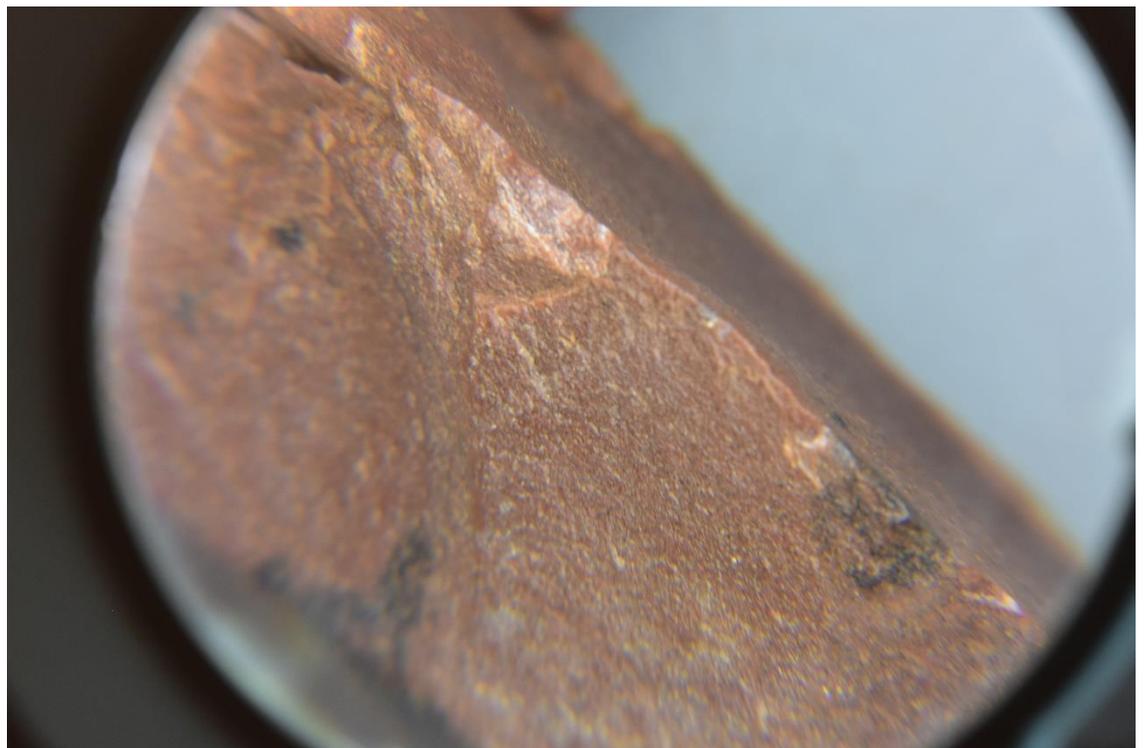


Figura 4 – Estigma de uso em forma de microlascamento. Peça IDZ 089.

Lâminas de corte

PEÇA IDZ 008 – lâmina em arenito silicificado. Apresenta sinais de uso visíveis a olho nu, na forma de microlascamentos em seu gume. Não apresenta retoque, porém uma provável aresta foi retirada para que a lâmina se tornasse ergonomicamente mais adequada para cortar.

PEÇA IDZ 012 – também lâmina em arenito silicificado, mas do tipo biface. Apresenta micro e macrolascamentos em um dos gumes, mas o outro está intacto. O dorso da peça mostra pelo menos quatro retiradas anteriores. Não há sinais de retoque ou trabalho posterior ao lascamento.

Raspadores

PEÇA IDZ 002 – raspador de arenito silicificado, que apresenta estigmas de uso na forma de microlascamentos em seu gume. A peça possui alguns negativos anteriores em seu dorso.

PEÇA IDZ 015 – também raspador em arenito silicificado. A peça apresenta vestígios de uso, na forma de microlascamentos, visíveis em microscópio. Morfologicamente é uma lasca do tipo conchoide com potencial cortante, indicando lascamento por percussão direta dura. O dorso mostra, pelo menos, quatro sequências de lascamento. Algo notável nessa peça é a matéria prima intrusiva no arenito silicificado, que a olho nu é percebida como uma variação de cor.

PEÇA IDZ 020 – este raspador em arenito silicificado apresenta estigmas de uso na forma de lustre e embotamento em seu gume. É possível notar também que passou por processo de reavivamento do gume por meio de novos lascamentos. É uma lasca tipicamente conchoidal, com apenas dois negativos em sua face dorsal e um na face ventral.

PEÇA IDZ 028 – raspador em arenito silicificado que apresenta macro-vestígios de utilização ao longo do gume, constituídos por pequenos lascamentos, ainda que escassos. Não apresenta marcas de retiradas anteriores.

PEÇA IDZ 044 – raspador em arenito silicificado com estigmas de uso visíveis a olho nu e microlascamentos visíveis a microscópio. É uma peça em formato tipicamente conchoide. Pode se notar lascamentos anteriores em sua face dorsal.

PEÇA IDZ 050-051 – raspador tipicamente conchoide, em arenito silicificado. Não apresenta vestígios de utilização. A peça está quebrada ao meio, o que pode indicar descarte por acidente de lascamento.

PEÇA IDZ 052 – este raspador em arenito silicificado possui estigmas de uso visíveis a olho nu, na forma de macro e microlascamentos ao longo do gume. Apresenta na face dorsal uma pequena retirada.

PEÇA IDZ 059 – o raspador, também em arenito silicificado, apresenta somente um macro vestígio de uso ao longo do gume, na forma de um pequeno

lascamento. Também está fragmentada em uma parte mas, neste caso, pode ser que tenha se partido pelo uso.

PEÇA IDZ 060 – raspador com estigmas de uso na forma de microlascamentos ao longo de seu gume. É uma lasca conchoide, em arenito silicificado, resultante de lascamento por percussão direta dura. É possível notar estrias muito evidentes na superfície dorsal da lasca.

PEÇA IDZ 067 – apresenta lustre em seu gume como indicativo de uso. O gume foi retocado na tentativa de se renovar o potencial cortante. Morfológicamente constitui-se de lasca conchoide em arenito silicificado, resultante de percussão direta dura. Nota-se dois lascamentos anteriores em sua porção dorsal.

PEÇA IDZ 082 – tal e qual os demais casos, trata-se de um raspador em arenito silicificado. Há vestígios de microlascamentos ao longo do gume da peça, ainda que escassos. A ferramenta foi partida em ambas as extremidades e por isso aparenta uma forma “quadrada”.



Figura 5. Raspador IDZ 20 com embotamento e desgaste do gume.

Resultados

Feitas as análises, concluímos que as peças da coleção Indaiazinho indicam que houve bastante investimento na produção de artefatos laminares. A maioria das peças estão na categoria das lascas *per se*, havendo pouca incidência de retoque. Ou seja, trata-se de lascas que em razão de seu potencial cortante foram utilizadas logo após sua remoção por percussão direta dura, sem retoques ou adaptações. A matéria prima que compõe a quase totalidade da coleção é o arenito silicificado.

A produção de machados, tanto os lascados de mão, como os polidos com encabamento, indica que a derrubada de árvores e arbustos era uma parte importante no modo de produção destes grupos. Partindo-se da hipótese de que os Jê arqueológicos no estado de Mato Grosso do Sul seriam caçadores e coletores que

incorporaram a cerâmica em seu modo de produção, mas que não faziam uso (ao menos não constante) de agricultura (WUST, 1990; MORALES, 2008; e, posteriormente, AGUIAR, 2016; AGUIAR, 2017; AGUIAR et al., 2019), entende-se que a derrubada de árvores não estaria associada à formação de campos cultiváveis, mas sim à alimentação de grandes fogueiras, como foi confirmado no Templo dos Pilares⁵ (AGUIAR, 2016; AGUIAR e SOUZA, 2017).

No caso dos machados de mão, feitos em peças lascadas de arenito silicificado, ao voltarmos nossa atenção para o tamanho e forma – não são machados grandes e por isso impróprios para cortar árvores espessas – percebemos que seu emprego seria para derrubar ou desbastar arbustos e árvores de pequeno porte, reforçando a hipótese de captação de matéria-prima para alimentação de fogueiras.

A ocorrência em Cassilândia de cultura material associada, indubitavelmente, aos grupos Jê arqueológicos mostra que a presença destes caçadores e coletores ceramistas iria para além da Bacia do Paraguai, seu domínio habitual, entre abrigos e cavernas nas franjas de serra que se debruçam por sobre a planície pantaneira. Agora sabe-se que eles também ocuparam, ainda que com menor frequência e intensidade, áreas abertas na Bacia do Paraná, que normalmente são identificadas como domínios de outros grupos arqueológicos.

Recebido em 28 de maio de 2019.

Aprovado em 20 de janeiro de 2020.

Referências

AGUIAR, R. L. S. Proposições para uma interpretação da Arte Rupestre na Ilha de Santa Catarina e Adjacências, Brasil. *CLIO. Série Arqueológica (UFPE)*, 24: 100-110, 2009.

AGUIAR, R. L. S. *Templo dos Pilares, Alcinópolis*. Dourados: Laboratório de Arqueologia da UFGD, 2016.

AGUIAR, R. L. S. Petroglyphs of Footprints in the Brazilian State of Mato Grosso do Sul: Genesis and Stylistic Diffusion. *Acta Archaeologica*, 88: 205-216, 2017.

AGUIAR, R. L. S.; REGONATO, D. K.; LOPES, A. P.; RAINERI OLIVEIRA, C. A. “Os grupos Jê na pré-história de Mato Grosso do Sul”. In: VILAÇA, Raquel; AGUIAR, Rodrigo Simas (orgs.). *(I)mobilidades na Pré-história. Pessoas, recursos, objetos, sítios e territórios*. Coimbra: Editora da Universidade de Coimbra, 2019 (no prelo).

AGUIAR, R. L. S.; SOUZA, J. C. A Escavação no Sítio Arqueológico Templo dos Pilares e sua relação com a ocupação humana e a produção de arte rupestre em Mato Grosso do Sul. *CLIO. Série Arqueológica (UFPE)*, 32: 118-138, 2017.

⁵ Sítio arqueológico localizado na cidade de Alcinópolis, norte de Mato Grosso do Sul. Trata-se do maior sítio de arte rupestre do estado.

ALVES, C. C. *Relatório: Resultado do Monitoramento do Patrimônio Arqueológico da Área sob Intervenção da PCH INDAIAZINHO*, Município de Cassilândia, Estado de Mato Grosso do Sul. Belo Horizonte: Ambiente Consultoria e Assessoria LTDA, 2011.

BUENO, L.; DIAS, A. S. Povoamento inicial da América do Sul: contribuições do contexto brasileiro. *Estudos Avançados*, 29 (83): 119-147, 2015.

FERNANDES, L. A. “Possibilidades da análise tecnomorfológica das lâminas de machado lascadas de sítios da tradição Aratu na Bahia”. In: Lourdeau A., Viana S. A., Rodet M. J. *Indústrias líticas na América do Sul - abordagens teóricas e metodológicas*. Recife: Ed. UFPE, 2014. pp. 91-122.

IGREJA, M. A.; MORENO GARCÍA, M. & PIMENTA, C. M. Um exemplo de abordagem experimental da interface Traceologia lítica/Arqueozoologia - esartejamento e tratamento da pele de um corço (*Capreolus capreolus*) com artefactos de pedra lascada. *Revista Portuguesa de Arqueologia*, 10 (2): 17-34, 2007.

LAMING-EMPERAIRE, A. “Guia para o estudo das indústrias líticas da América do Sul”. In: *Manuais de Arqueologia* n. 2. Curitiba: CEPA, 1967.

LASHERAS CORRUCHAGA, J. A.; FATÁS, P.; MONTES, R.; MUÑOZ, E. Itaguy Guasú: un abrigo del arcaico en Amambay (Paraguay) con útiles planoconvexos y puntas bifaciales y con grabados abstractos y de pisadas. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano—Series Especiales* 1 (2): 234-252, 2014.

MARTINS, G. R.; KASHIMOTO, E. M. *12.000 anos: Arqueologia do povoamento humano no nordeste de Mato Grosso do Sul*. Campo Grande (MS): Life Editora, 2012.

MORALES, W. F. *Brasil Central, 12.000 anos de ocupação humana no médio curso do Rio Tocantins, TO*. São Paulo: Annablume, 2008.

PROUS, A. *Arqueologia Brasileira*. Brasília: UnB, 1992.

SCHMITZ, P. I. Prehistoric Hunters and Gatherers of Brazil. *Journal of world Prehistory*, 1 (1): 53-126, 1987.

SCHMITZ, P. I. *Arqueologia do Estado do Mato Grosso do Sul*. Palestra de abertura do XIII Congresso da Sociedade de Arqueologia Brasileira. São Leopoldo: IAP/Unisinos, 2005. Disponível em: <http://www.anchietano.com.br>.

SCHMITZ, P. I.; ROGGE, J. H. Pesquisando a trajetória do Jê meridional. *Pesquisas, Série Antropologia*, 70: 7-33, 2013.

SEMENOV, S. A. *Prehistoric Technology*. Bath: Adams & Dart, 1973.

URBAN, G. “A história da cultura brasileira segundo as línguas nativas”. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. *História dos Índios do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. pp. 87-102.

VERONEZE, E. *A ocupação do Planalto Central Brasileiro: o nordeste do Mato Grosso do Sul*. Dissertação de Mestrado. São Leopoldo: Unisinos, 1992.

WÜST, I. *Continuidade e mudança: para uma interpretação dos grupos ceramistas pré-coloniais da bacia do rio Vermelho, Mato Grosso*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. São Paulo: USP, 1990.

ENSAIO FOTOGRÁFICO
Cravo, rosa e flor de laranjeira:
 a lavagem das escadarias de São Benedito em Cuiabá

*Evilaine Silva da Costa*¹
*Igor Joaquim Oliveira Silva*²
 Universidade Federal de Mato Grosso

COSTA, Evilaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira. **Cravo, rosa e flor de laranjeira: a lavagem das escadarias de São Benedito em Cuiabá. (Ensaio fotográfico).** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 293-304, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587



Foto 01: Aurora

Nos cânticos de São Benedito, chama-se por aurora a chegada do santo junto com Nossa Senhora

¹ Mestranda em Antropologia Social do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFMT.

² Mestre em Educação Física pela UFMT.

Em sua terceira edição, intitulada “Fraternidade, Caminhos de luz e Axé”, a lavagem das escadarias de São Benedito entrou para o calendário oficial dos eventos de Cuiabá. Movimento popularmente atrelado à Bahia, os participantes do festejo dizem ser este um momento ecumênico de conexão com a ancestralidade divina e que, ao contrário do que pensamos, lavar as escadarias é também uma tradição mato-grossense realizada pelos negros na Festa do Congo. São Benedito, um santo negro, representa a resistência e a conservação da memória do povo negro que por esta cidade passou. Um símbolo de luta ao racismo e a intolerância religiosa.

O ritual dura cerca de três dias, começando pelo preparo das ervas e das águas que lavarão a escadaria do Rosário. Com alfazema, cravo, água e outras flores e ervas, o povo de santo, com suas roupas brancas, varre as escadas em meio ao cenário urbano do centro histórico de Cuiabá. Cantando seus pontos durante o percurso, rogam aos Orixás que abençoem a cidade e que a paz se propague entre os povos.

O trabalho foi realizado em parceria com a comissão de lavagem e a coleta de fotos durou os três dias, envolvendo o ensaio dos músicos, preparação da água de lavar, ritual das ervas e a lavagem das escadarias. A participação no ritual conversa diretamente com o projeto de dissertação de mestrado em Antropologia Social, visto que envolve a etnografia de rituais e performance do processo de transe nos templos de Umbanda.



Foto 02: Conselho de mães

Mães de Santo conversam sobre o calor cuiabano e como driblá-lo durante as horas que se seguem o evento.

COSTA, Evilaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira.
Cravo, rosa e flor de laranjeira



Foto 03: Cravo, rosa e flor de laranjeira

Quartinhas cheias de perfume e axé para purificar e limpar as escadas de Benedito.



Foto 04: Clamor

Filhos e irmãos de santo pedem por paz em meio a disseminação da cultura de ódio e intolerância de 2019.

COSTA, Evlaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira.
Cravo, rosa e flor de laranjeira



Foto 05: Ê, boi!

O couro do atabaque e as mãos de um boiadeiro.



Foto 06: Lavagem

Cantos, entoadas e caridade. Vassouras que varrem a negatividade da cidade verde.

COSTA, Evlaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira.
Cravo, rosa e flor de laranjeira



Foto 07: Bênção, mãe!

Devotos e passantes se benzem com as águas cheirosas do Santo.



Foto 08: Chão de Fé

O orgulho do branco que se veste é substituído pelas marcas de um dia de caridade e axé.

COSTA, Evlaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira.
Cravo, rosa e flor de laranjeira



Foto 09: Maria de fé

Mulher pequena na estatura, porém, gigante na fé. Uma flor para cada neto e uma prece ao Santo que nunca lhe abandonou.



Foto 10: Filhos de Fé

Em círculo, descalços e com a missão cumprida cantavam: “Com seu patuá e a figa de guiné,
Vovó de veio de Angola pra salvar filhos de fé”.

COSTA, Evlaine Silva da; SILVA, Igor Joaquim Oliveira.
Cravo, rosa e flor de laranjeira

RESENHA
**Estado, Políticas e
Agenciamentos sociais em Saúde:
etnografias comparadas**

Matilde Quiroga Castellano¹
Universidade Federal de Santa Catarina



MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica (org.). *Estado, Políticas e Agenciamentos sociais em Saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. 293 p.

QUIROGA CASTELLANO, Matilde. **Resenha – Estado, Políticas e Agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. *Acta* – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, 6 (12): 305-308, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587

¹ Doutoranda em Antropologia Social (PPGAS-UFSC), mestra em Antropologia (PPGAS-UFSC) e licenciada em Trabajo Social (Universidad Nacional de Córdoba-Argentina).

Este livro organizado pelas professoras Sônia Weidner Maluf e Erica Quinaglia Silva compõe, junto a outros dez volumes, a Coleção Brasil Plural, produzido através da parceria entre o INCT Brasil Plural e a Editora da UFSC, e que tem como objetivo dar notoriedade às pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural.

Tal como descrito na sua apresentação, a proposta deste livro consiste em refletir ao respeito dos desafios e diálogos possíveis entre a antropologia e o Estado, em relação às políticas públicas e aos agenciamentos sociais no campo da saúde, através da recuperação e potencialização de experiências etnográficas nesse campo.

Antes de adentrarmos na composição deste livro, é preciso mencionar um conceito que é chave, além de outros que serão mencionados nos comentários sobre cada artigo, e que aparece explicitado na oitava página deste exemplar. Estou me referindo ao conceito de “agenciamento”, segundo as autoras numa nota de rodapé:

não para substituir a ideia de agência, por ação ou prática social, mas para compreender essas práticas como constituídas por diferentes atravessamentos, cruzados por diferentes linhas de força, ou seja, como campos de força permeados por relações de poder. (MALUF e QUINAGLIA SILVA, 2018: 8)

Separado em dois grandes eixos: Parte I: Práticas do Estado, instituições, serviços, políticas públicas em saúde e Parte II: Agenciamentos e experiências sociais em saúde, o livro é resultado da colaboração de dezesseis autoras (escolho o uso do feminino respeitando a escolha das organizadoras) formadas em diferentes disciplinas, principalmente antropologia, psicologia e sociologia, e de diferentes estados do Brasil, compondo assim uma interessante bagagem multidisciplinar e multiterritorial.

A *Parte I: Práticas do Estado, instituições, serviços, políticas públicas em saúde*, tem como objetivo discutir as diferentes dimensões que envolvem as ações do Estado, suas práticas, políticas públicas instituições e serviços. Este eixo começa com o texto de uma das organizadoras do livro, Sônia Maluf, e cujo título é *Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil*. Durante este artigo, Maluf traz elementos para uma reflexão sobre o conceito de biolegitimidade, pensando o mesmo como “dispositivo de produção de direitos, de reconhecimento e de acesso a serviços e atendimento por parte do Estado, e também como meio de reivindicação e conquista de direitos”. A autora revela este conceito como fundamental para analisar as políticas públicas no âmbito da saúde mental, utilizando como insumo uma experiência etnográfica situada em Santa Catarina.

O segundo artigo intitulado *Gênero, raça e loucura: o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal*, foi escrito por outra das organizadoras deste livro, Erica Quinaglia Silva, em parceria com Josenaide Engracia dos Santos e Mônica Oliveira da Cruz. Através deste trabalho, as autoras refletem sobre as características das mulheres que cumprem medidas de segurança no Distrito Federal e a partir da análise do trinômio gênero-raça-loucura e do questionamento do termo “loucura”, problematizam as tensões entre uma perspectiva punitivista e uma perspectiva do cuidado.

Michelle Camargo, no seu artigo *Dentre muros: a trajetória de um hospital psiquiátrico*, através do resgate das memórias de Benedita Fernandez, coloca em tensão a relação entre o movimento espírita, as práticas assistencialistas e os hospitais psiquiátricos, centrando na trajetória do Hospital Benedita Fernandez e em como através destas relações foi se constituindo o atendimento à saúde mental na cidade de Araçatuba, a partir dos anos de 1930.

O quarto artigo desta seção, cuja autora é Soraya Fleischer se intitula “*Especiais*” e “*rebeldes*”: *práticas governamentais da gestão da pressão alta em um bairro popular do Distrito Federal*. A autora foca nas políticas públicas da gestão da pressão alta, num bairro da Cinelândia (DF), colocando sob análise moralidades que estigmatizam as pacientes como “rebeldes” ou “especiais” dependendo o grau de acatamento que as mesmas têm em relação à aplicação das políticas de saúde.

Maynara Costa e Rozeli Porto, no artigo *Negociações do corpo: reflexões sobre o acesso ao aborto legal em uma maternidade potiguar*, analisam as representações das profissionais de saúde do Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual, na capital do Rio Grande do Norte, sobre as práticas de aborto legal como consequência de estupros, principalmente a denominada objeção de consciência, ratificando uma “burocracia processual” que evidencia um conflito entre a norma e a subjetividade nos atendimentos, através do qual o corpo da mulher é alvo do poder da equipe de saúde interveniente.

Por fim, o último artigo da Parte I, *Os muros do Estado: dos limites da política reparatória aos atingidos pela hanseníase*, de Glaucia Maricato, através de um percurso histórico da problemática, propõe uma reflexão sobre o reconhecimento de sujeitos atingidos pela hanseníase e a articulação com as políticas reparatórias e acesso a direitos, e como interferem neste debate noções como ordenamento, delimitação, segregação e padronização desses sujeitos.

A *Parte II: Agenciamentos e experiências sociais em saúde* deste livro, pretende focar nas discussões sobre as práticas dos sujeitos, seus processos de cura e de autocuidado, junto com suas resistências, problematizando os saberes desses sujeitos e a produção dos regimes de verdades institucionalizados nos processos de saúde-adoecimento. Cabe destacar que a partir deste eixo aparecem com maior preponderância as posições de sujeito que incorporam a categoria de agenciamento descrita alguns parágrafos anteriores.

Jociara Alvez Nóbrega descreve no seu artigo “*Doença dos magros*”: *mobilização social e busca por reconhecimento envolvendo uma síndrome rara no Rio Grande do Norte*, a disputa por direitos de mães de pessoas com a síndrome de Berardinelli. Se valendo do conceito de biopoder de Foucault, a autora analisa as tensões entre saúde, direitos e justiça que se articulam ao redor da luta pelo reconhecimento biossocial das pessoas que padecem a doença.

O artigo “*Eu tô fazendo certo, tô não?*”: *envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado*, de Marcia Reis Longhi, traz reflexões sobre a aplicação das políticas públicas de saúde e as estratégias de autocuidado entre pessoas idosas na Comunidade da Guia (PB), privilegiando uma perspectiva interseccional (incorporando para a análise as categorias de gênero, raça, geração). Cabe destacar que a proposta da autora reivindica o entendimento do termo cuidado numa “perspectiva polissêmica, dinâmica e relacional”.

O terceiro artigo que compõe a parte II deste livro foi escrito por Rosa Virginia Melo e intitulado *Ajuda mútua, comunidade terapêutica e a regulação moral dos adictos*, aporta reflexões sobre o regime de produção de verdade em relação

à “doença da dependência química” e o tratamento da mesma em complexos terapêuticos de inspiração religiosa, no Distrito Federal. Por sua vez, a autora problematiza neste artigo as estratégias do sujeito “dependente químico” para se encaixar na proposta de tratamento e cura destas instituições.

Mario Eugenio Saretta, autor de *Efeitos ontológicos ao feito antropológico: consequências de uma etnografia em um hospital psiquiátrico*, baseado em experiências etnográficas em Porto Alegre, problematiza o funcionamento de uma instituição psiquiátrica e as formas desta de lidar com o outro diferente (pacientes), com a proposta de descentrar a utilização de categorias psiquiátricas a priori para sua análise e refletindo em relação aos aportes que a antropologia pode fazer neste contexto.

No quinto artigo desta seção, *Loucura e doença mental no contexto da política pública de saúde mental no Brasil*, Ana Paula Muller de Andrade discute, a partir da recuperação da trajetória da reforma psiquiátrica no país, a articulação entre loucura e doença mental “no âmbito dos processos de desinstitucionalização de pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento mental”, resgatando as experiências dos sujeitos, através de uma pesquisa etnográfica realizada em Pelotas (RS).

Por último, no sexto artigo desta seção e sendo o último artigo deste livro, Maria Audirene de Souza Cordeiro e Deise Lucy Oliveira Montardo, no texto intitulado “*Um corpo mar gerado, mar formado, é um corpo doente, sim senhora*”: *os resguardos de corpo e de boca e a construção de corpos saudáveis no Baixo Amazonas*, discutem, a partir de uma experiência etnográfica em Parintins (AM), práticas ao redor de mulheres grávidas. A análise destas autoras resgata as práticas descritas no artigo de sua autoria, principalmente práticas de resguardo do corpo físico e moral, como “rito de passagem”. Por último, cabe destacar que este artigo também problematiza as tensões entre as práticas “nativas” e as práticas institucionalizadas de saúde e as estratégias dos e das sujeitos/as para combiná-las.

A partir do descrito até aqui fica evidente que este livro está composto por diversas e ricas experiências etnográficas o que lhe outorga um diferencial difícil de superar. Nele diversos conceitos chave do campo da saúde, como o são loucura, doença, corpo, políticas públicas, autocuidado, cuidado, entre outros, são apresentados e se configuram de maneira diferente a partir de cada experiência de campo e de cada um/a das/dos interlocutoras/es. Através de cada uma de suas experiências, as autoras têm ressignificado termos que são chave para traçar a história das políticas de saúde no Brasil e para pensar em novas perspectivas e propostas à luz dos diferentes cenários possíveis do Brasil atual e futuro. Estes múltiplos e diversos olhares, por sua vez multissituados num senso duplo (a partir de diferentes trajetórias e desde diferentes lugares geográficos), resgatam a voz do “nativo” de cada experiência e o recolocam no lugar de centralidade que lhes corresponde.

Recebido em 12 de fevereiro de 2019.
Aprovado em 17 de maio de 2019.

RESENHA
Umbigos enterrados:
 corpo, pessoa e identidade
 Capuxu através da infância

Fabrizio Marcelo Viales¹
 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

VIALES, Fabrizio Marcelo. **Resenha – Umbigos enterrados: corpo, pessoa e identidade Capuxu através da infância.** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6 (12): 309-314, agosto a dezembro de 2019. ISSN: 2358-5587



SOUSA, Emilene Leite de. *Umbigos enterrados: corpo, pessoa e identidade Capuxu através da infância*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2017. 397 p.

¹ Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, bolsista em Pesquisa CNPq. Especialista na área de Ética e Direitos Humanos pela FACED - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário UniRitter.

O livro de Emilene Leite de Sousa apresenta a pessoa Capuxu. Está fundamentado na etnologia indígena, dialogando com a antropologia da criança, do campesinato e com as discussões sobre etnicidade. Trata-se assim, de uma etnografia da construção da pessoa em aspectos distintos. O eixo central do livro é a criança camponesa Capuxu e tudo o que gira em seu entorno, as noções de identidade, a aprendizagem, o trabalho, dieta alimentar específica, nominação, sistemas de parentesco e apadrinhamento e aprendizado. Todos esses aspectos são examinados para discussões sobre corpo, infância e identidade.

No primeiro capítulo, a autora apresenta sua entrada em campo. Ao mesmo tempo, todo o suporte teórico e os recursos que encontrou na coleta de dados. Emilene afirma que o corpo da criança camponesa Capuxu é a chave de acesso para a investigação das noções de produção da pessoa e corporalidade em seu livro. As inquietações de pesquisa são nomeadas cuidadosamente por meio da percepção e da observação etnográfica, especificando os procedimentos metodológicos.

O segundo capítulo apresenta o povo Capuxu através da identidade. Como característico, a endogamia está estreitamente relacionada com a territorialidade. A autora foca no sentimento de pertencimento, peculiar ao povo Capuxu, o que desponta a viabilidade de análise através da investigação dos marcadores sociais. A identidade desponta com uma linguagem própria, por meio da qual o povo Capuxu representa a si mesmo. Embora seu foco não seja a identidade em específico, ela representa um invólucro da produção do corpo, objetivo da pesquisa. A produção da fronteira e o sentimento de pertença servem de guia na elucidação da fabricação da corporalidade Capuxu.

Segundo a autora, há um desígnio de que o parentesco está fortemente ligado com a identidade, bem como os traços em comum servem de sinal da perpetuação da comunidade Capuxu. Desde a infância, a produção da identidade repousa na delimitação de fronteiras e pelo reconhecimento de *outsiders* (povos que residem em sítios vizinhos), cujo hábito campesino Capuxu se diferencia. A análise demonstrou que a construção da identidade passa por sinais diacríticos evocados pelo grupo e vai sendo produzida desde a infância. As categorias são analisadas nos demais capítulos.

No capítulo 3 é apresentada a definição de campesinato. O texto apresenta a condição camponesa como forma de organização social e do cultivo da terra no Sítio de Santana de Queimadas, descrito pelas crianças. O foco principal do capítulo é a descrição das dimensões simbólicas que o Sítio representa. Desse ponto, espaço, território e territorialidade são categorias imprescindíveis para dar conta das representações e apropriações do povo Capuxu a respeito do lugar onde habitam.

O ambiente da morada, o local do trabalho e as estradas do Sítio camponês evidenciam pela forma de organização uma vigilância exercida pelos moradores. Os espaços extrapolam as barreiras físicas da morada Capuxu e se estendem por um complexo de espaços habitados pelos membros da família e por animais domésticos. A criança é inserida nesses espaços desde muito pequena, levada por seus familiares enquanto trabalham na terra. Na medida em que cresce a criança

vai participando das tarefas como forma de treinamento do corpo para o trabalho que é próprio ao campesinato.

No capítulo 4 a pesquisadora estabelece uma relação entre o sistema de parentesco. O estudo do nome próprio e o apadrinhamento como formas de produção do corpo estabelecendo elos familiares que reforçam a autonomia da criança são examinados. Da mesma forma, o parentesco revela o modo como as relações sociais são fortalecidas. Embora o sistema não obrigue o casamento entre primos, esse sistema torna comum a disposição para a criança aceitar o casamento no futuro. Embora territorialidade tenha importância no estabelecimento do parentesco, a migração de alguns membros não quebra o vínculo de parentesco fortemente estabelecido.

A autora entende parentesco Capuxu num amplo sentido, referindo os laços de sangue (consanguinidade) e de afinidade (casamento). O sangue é importante marcador das relações de parentesco Capuxu, da formação da identidade e das relações de parentesco. Os efeitos genéticos, que são produto da endogamia, são sentidos por consequência e alguns casos são evidenciados. Doenças como a esclerose precoce é o resultado da intensa mistura de sangue que o casamento entre primos pode provocar. Embora presente a genética, os efeitos do casamento são abordados pelo viés das representações que o povo Capuxu constrói sobre a doença. Os mais jovens têm consciência do problema, no entanto não vislumbram a possibilidade de casamento fora do grupo. Se por um lado, tais representações são encaradas de forma diferente pelos jovens, por outro lado, os mais velhos ignoram o problema.

O ato de nomear é importante momento na produção da pessoa e conduziu Emilene à hipótese de que não se trata de uma simples designação, mas sim, parte do possuidor como um pedaço idêntico a ele, inseparável da pessoa ao nomear. Quanto ao sobrenome todos são designados Capuxu. Por vezes o nome próprio é transmitido dentro do próprio grupo, em alguns casos são trazidos de fora do grupo. Nome, pessoa e identidade, além da territorialidade compreende uma relação entre si. Da mesma forma, serve como fator de expansão, individuação e diferenciação.

O apadrinhamento é um importante mecanismo na construção dos sistemas de parentesco. Repleto de rituais de relação, o sistema de dar, receber e retribuir pela relação que se estabelece com a criança, a família e os padrinhos é uma forma de reforçar o vínculo. O apadrinhamento, que pode ser no ato do batismo ou mesmo por escolha das crianças forma uma aliança muito forte que permite multiplicar as redes interpessoais.

O capítulo 5 adentra na construção da pessoa e a infância Capuxu. Inaugura o capítulo a apresentação da infância para a antropologia e os estudos até então realizados. Emilene considera que a criança deve ser considerada como sujeito relativamente autônomo com modo próprio de se apropriar do mundo e experimentá-lo. E ainda, que é portadora de grande valor para manutenção e reprodução sociocultural. Na mesma linha, a produção da infância por meio da fabricação dos corpos passa por compreender o lugar da criança nessa cultura.

A infância da criança Capuxu em sua vivência e cultura é essencialmente camponesa. As particularidades mais relevantes da infância Capuxu repousam sobre a organização econômica, social e de parentesco. As primeiras relações da criança são estabelecidas com os animais. Consequentemente, o contato através da fala e do toque é estabelecido como meio de comunicação. No entanto, a relação mais importante é estabelecida com a figura feminina. A socialização é firmada por meio de regras e determinada pelas mulheres. Apesar da constante vigilância

salta aos olhos a autonomia da criança camponesa. Todo o sítio é frequentado pelas crianças Capuxu e o ambiente é o invólucro da infância camponesa.

O capítulo contextualiza o trabalho como destaque na infância pela ênfase no processo econômico e social da comunidade. O trabalho para a criança Capuxu ganha sentido na medida em que são inseridos na lida agrícola. Ainda que seja informada com caráter lúdico, a criança se considera trabalhadora ainda que inserida gradativamente nas tarefas domésticas no âmbito de casa e seus arredores.

Compreende ainda o universo infantil Capuxu a existência do corpo e da alma, dimensões indissociáveis. Esta experiência vivida pela comunidade essencialmente católica e religiosa é mantida por meio de temeridades mobilizadas pela produção de malassombros. O imaginário infantil é representado por figuras e lendas relacionadas com a cultura da qual fazem parte. Fato é que essa temeridade servirá de treinamento para o desenvolvimento da coragem da criança Capuxu, o que será levado para o resto de sua vida.

No capítulo 6, é apresentada a produção da pessoa Capuxu por meio da fabricação do corpo na infância. Estudo que encontra fundamento nas reflexões acerca da pessoa e da corporalidade em sociedades indígenas tornando possível pensar as sociedades camponesas e étnicas no Brasil. Os processos de produção do corpo da criança são apresentados por Emilene a partir de uma distinção entre processo de produção do corpo de processos de cura do corpo.

Para a autora as técnicas corporais estão relacionadas ao trabalho, ao nado, ao umbigo, aos dentes cabelos e unhas. Estas dinâmicas objetivam a busca por um corpo saudável. A cura busca o reequilíbrio de um corpo que saiu da sua ordem natural. De acordo com a autora, a produção do corpo passa pela necessidade de produzir o corpo e inicia ainda antes do nascimento. A menstruação, momento em que a menina Capuxu se torna “mocinha”, representa uma forma pela qual tudo que é impuro é expelido do corpo. Outro ponto importante é a gravidez, rito carregado de preparativos e planejamento. O filho é esperado e desejado. As práticas que são feitas durante a relação sexual estão relacionadas com a fecundação do óvulo. Os ritos são formalizados até o parto que tem procedimento bem específico.

Ao recém-nascido é despendido cuidado seguindo as observações de semelhanças com os pais, cuidados com a cabeça da criança. O umbigo demanda processos mais longos de cuidados. O enterro do umbigo representa os processos de produção do corpo da criança através das simbologias e concretiza-se como expressão mais forte da indissociabilidade que a pessoa Capuxu estabelece com a terra, traçando assim o destino da criança.

O momento da amamentação é marcado por toques e cuidados da mãe pela serenidade e calma. Há uma forma de classificar a infância Capuxu por meio de fronteiras estabelecidas pela faixa etária. A formação dos primeiros dentes é uma característica importante na formação do corpo pela evidência de que o corpo se forma da maneira esperada.

A observação de Emilene enfatiza que a infância Capuxu é caracterizada por uma riqueza de técnicas corporais aprendidas desde tenra idade. Passa por observação e vivências de técnicas comuns na infância Capuxu. Técnicas que além de representar conhecimentos úteis à vida no campo objetivam produzir corpos habilitados para isso. Ser Capuxu é estar imerso em uma gama de representações a respeito do corpo e da alma, da saúde e da doença, que termina por assumir técnicas peculiares para garantir o funcionamento saudável do corpo e da alma e constituir uma formação harmoniosa da pessoa.

Nessa direção, a autora levanta a questão do conhecimento e os processos nativos de aprendizagem na infância Capuxu privilegiando a aprendizagem não escolar. O conhecimento infantil é estabelecido pela experiência no seio da comunidade e tem relação com o ambiente e com as pessoas. O processo de conhecimento é analisado como importante ferramenta para a produção do corpo, principalmente por estar vinculada ao trabalho, utilização de linguagens infantis, do vestuário.

A alimentação é fonte importante na produção do corpo tendo em vista a exigência da vida sertaneja. Os cuidados com o corpo descrevem, assim, o processo de fabricação do corpo da criança Capuxu como um modo de produzir a pessoa. A relação do corpo com a terra, para os Capuxu na terra do Sítio de Santana-Queimadas, é boa porque é forte. A melhor maneira de lidar com a terra é possuir um corpo forte. A produção do corpo da criança Capuxu faz parte de um amplo processo de elaboração da pessoa e está atrelado e fundamentado ao *ethos* camponês que desemboca na fabricação da identidade coletiva.

No livro, entre as possibilidades metodológicas utilizadas para a concretização dos objetivos propostos destacam-se a coleta de desenhos e histórias elaboradas pelas crianças. Os registros escritos e a observação ressaltam a ação de ouvir as crianças como sujeitos ativos, como produtores de sua cultura e da autonomia do universo infantil. Isso tudo, permite entender como os Capuxu vivenciam sua infância e são coadjuvantes na formação do próprio corpo.

Por fim, a autora esclarece que o arsenal teórico permitiu lançar luz sobre todo o empreendimento proposto no livro: o de investigar a produção da pessoa Capuxu a partir da fabricação de corpos na infância. Certamente, o livro traz contribuição significativa acerca das ideias e concepções sobre a infância, consolidando um campo de pesquisa de grande relevância na construção da investigação tendo como protagonista a criança campesina.

Recebido em 30 de janeiro de 2019.

Aprovado em 15 de outubro de 2019.

Estes e outros livros da Coleção Brasil Plural, da Editora da UFSC e do INCT Brasil Plural, podem ser acessados no endereço:

<https://brasilplural.paginas.ufsc.br/colecao-brasil-plural/>

