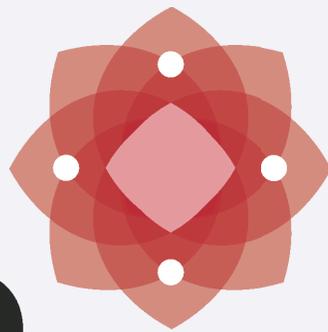


Cidadania e Políticas da Vida

**Anais da 1ª Reunião de
Antropologia da Saúde (RAS)**

Mónica Franch | Pedro Guedes Nascimento
Márcia Longhi | Ednalva Neves | Rosa Virgínia Melo
Luziana Marques da Fonseca Silva

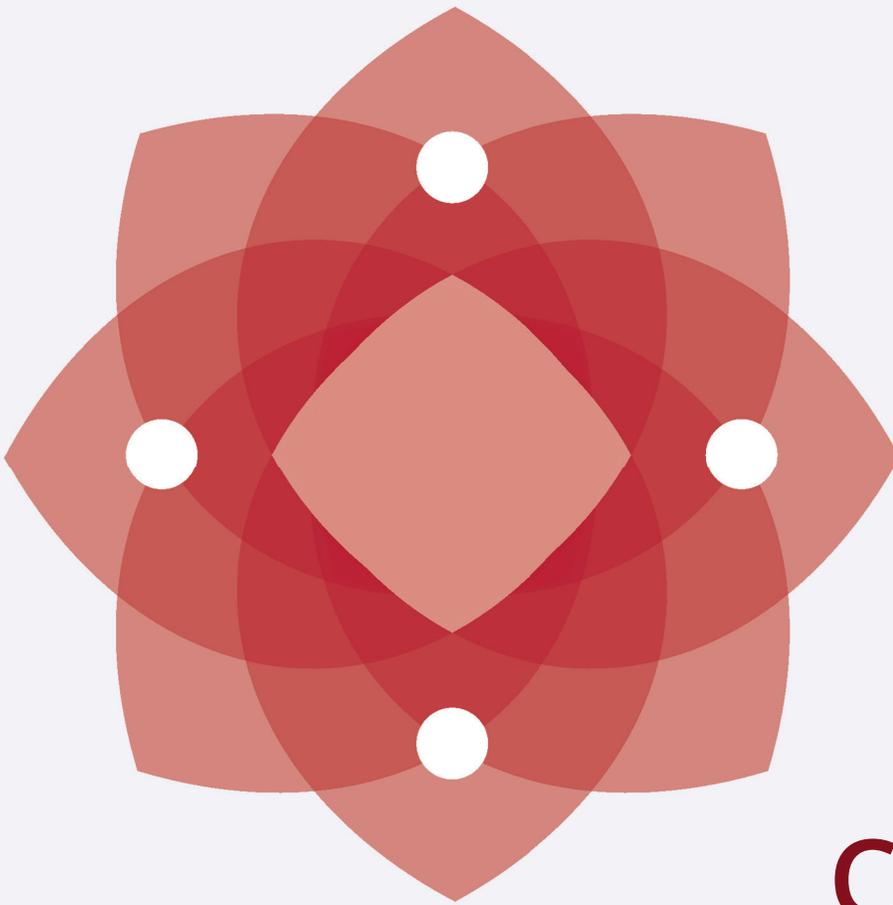
[orgs.]



Ras

1ª REUNIÃO DE
ANTROPOLOGIA
DA SAÚDE





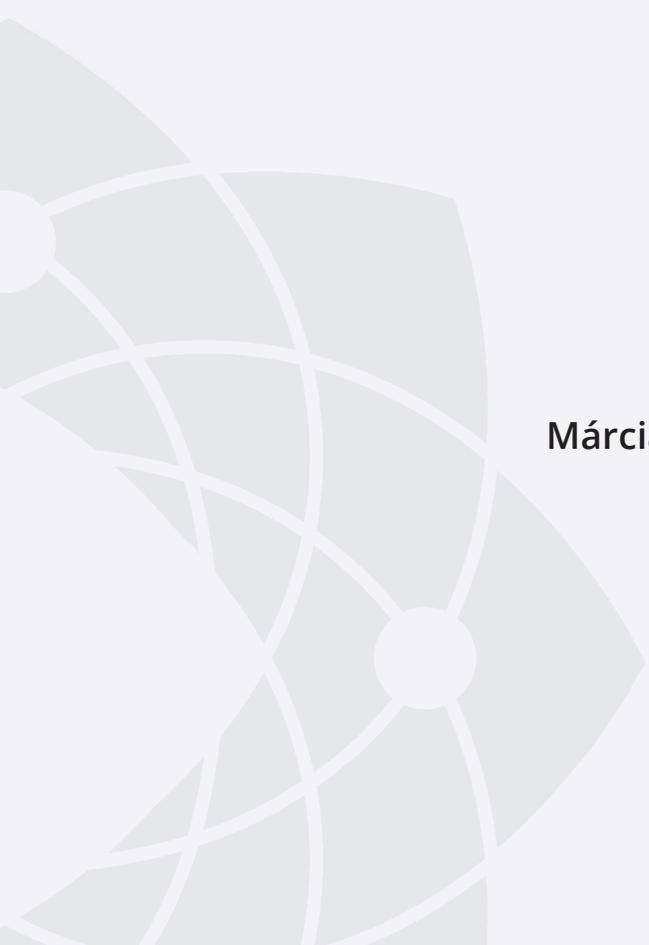
Cidadania e Políticas da Vida

**Anais da 1ª Reunião de
Antropologia da Saúde (RAS)**

Mónica Franch | Pedro Guedes Nascimento
Márcia Longhi | Ednalva Neves | Rosa Virgínia Melo
Luziana Marques da Fonseca Silva

[orgs.]

Pipa Comunicação
Recife, 2016



COPYRIGHT 2015 © COMISSÃO ORGANIZADORA DA 1ª RAS: MÓNICA FRANCH, PEDRO GUEDES NASCIMENTO, MÁRCIA LONGHI, EDNALVA NEVES, ROSA VIRGÍNIA MELO, LUZIANA MARQUES DA FONSECA SILVA [ORGS.]

É proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização expressa do autores e organizadores. Por se tratar de uma publicação do tipo ANAIS, a comissão organizadora da 1ª RAS isenta-se de qualquer responsabilidade autoral de conteúdo, ficando a carga do autor de cada artigo tal responsabilidade.

MARCA E IDENTIDADE VISUAL DO EVENTO

Pipa Comunicação

CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Karla Vidal e Augusto Noronha. Pipa Comunicação (www.pipacomunica.com.br)

REVISÃO

Ana Godoy

Esta publicação contou com o apoio do PNPD-Institucional da CAPES, através do projeto *Fortalecimento e consolidação das áreas de concentração* do PPGA-UFPB; e do PAEP - Programa de Apoio a Eventos no País da CAPES.

Catálogo na publicação (CIP)
Ficha catalográfica produzida pelo editor executivo

F845

FRANCH, Mónica et al.

Cidadania e políticas da vida: Anais da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde (RAS) / Mónica Franch, Pedro Guedes Nascimento, Márcia Longhi, Ednalva Neves, Rosa Virgínia Melo, Luziana Marques da Fonseca Silva (orgs.). – Pipa Comunicação, 2016.
248p. : (e-book)

1ª ed.

ISBN 978-85-66530-55-1

1. Antropologia. 2. Saúde. 3. Anais. 4. UFPB. 5. GRUPESSC.

I. Título.

300 CDD

572 CDU

c.pc:02/16ajns



Prefixo Editorial: 66530

COMISSÃO EDITORIAL

Editores Executivos

Augusto Noronha e Karla Vidal

Conselho Editorial

Alex Sandro Gomes

Angela Paiva Dionisio

Carmi Ferraz Santos

Cláudio Clécio Vidal Eufrausino

Cláudio Pedrosa

Leila Ribeiro

Leonardo Pinheiro Mozdzenski

Clecio dos Santos Bunzen Júnior

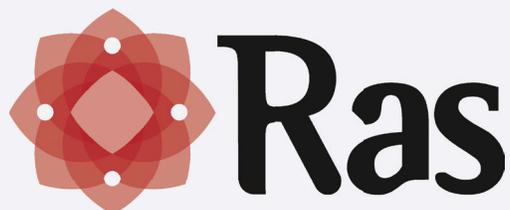
Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Regina Lúcia Péret Dell'Isola

Ubirajara de Lucena Pereira

Wagner Rodrigues Silva

Washington Ribeiro



1ª REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Ficha Técnica

1ª REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Cidadania e políticas da vida

REALIZAÇÃO

GRUPESSC – Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura – UFPB

APOIADORES

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Programa de Pós-Graduação em Antropologia – UFPB

Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFPB

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – UFPB

COMISSÃO ORGANIZADORA

Mônica Franch, Márcia Longhi,

Ednalva Neves, Pedro Guedes Nascimento,

Rosa Virgínia Melo, Luziana Marques da Fonseca Silva,

Mônica Araujo

SECRETÁRIO

Edimilson Gomes da Silva Jr.

MONITORIA

Edilma Monteiro

Apresentação

Nos dias 22 e 23 de outubro de 2015, foi realizada na Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa, a 1ª Reunião de Antropologia da Saúde. Com o tema *Políticas da Vida e Cidadania*, o evento buscou reunir acadêmicos, gestores, profissionais e ativistas de movimentos sociais, interessados em se aproximar ou aprofundar abordagens antropológicas sobre a saúde. A 1ª RAS foi uma iniciativa do Grupessc – Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura, em resposta à constatação de que não existe, no Brasil, um fórum específico para a discussão de pesquisas, problemas e debates próprios à antropologia da saúde. Ao longo de dois dias, o encontro permitiu compartilhar conhecimento, apresentar pesquisas concluídas e em andamento bem como discutir intervenções relacionadas a problemáticas que envolvem concepções e práticas de saúde, experiências de adoecimentos, socialidades biomédicas e políticas de saúde. A discussão saúde/cidadania esteve sempre presente, sendo o encontro uma oportunidade para pensar, desde a antropologia, alguns dos desafios das políticas e práticas em torno dos corpos, vidas e saúde das pessoas com as que trabalhamos.

O conjunto de textos que compõem estes anais correspondem a resumos expandidos de comunicações orais apresentadas nos Grupos de Trabalho. Para sua seleção foi feita, no mês de outubro, uma chamada de caráter aberto, solicitando o envio de resumos de até 300 palavras. Com o propósito de expandir o diálogo, aceitamos vários níveis de contribuição, incluindo desde autores que estavam em formação na graduação, até alunos de pós-graduação, docentes pesquisadores de institutos e fundações, profissionais de

saúde, militantes e gestores. As 57 propostas aprovadas mostraram um amplo leque de interesses e temáticas, que distribuímos em sete GTs: 1) saúde reprodutiva; 2) gênero e sexualidade; 3) discurso biomédico, genética e biotecnologia; 4) experiências da doença e práticas da saúde; 5) saúde e religião; 6) políticas públicas, movimentos em saúde e formação profissional; e 7) corpo e sofrimento. Após o evento, os autores tiveram um mês para elaborarem seus resumos expandidos, o que lhes permitiu incorporar alguns dos debates acontecidos no evento.

A publicação destes anais cumpre uma função de registro, especialmente relevante se tratando da primeira reunião destas características no País, mas também responde à vontade de divulgar para um público mais amplo a pluralidade de debates que tiveram lugar na 1ª RAS. Além da diversidade temática, que de por si mostra a vitalidade das discussões que ocorreram no evento, destacamos a variedade das formações dos autores dos trabalhos aqui publicados. Com um esperado predomínio de resumos situados disciplinarmente na área da antropologia, também contamos com autoras e autores oriundos da sociologia, da enfermagem, da comunicação, da psicologia, das ciências das religiões, do direito, da saúde pública/coletiva, da medicina social, do desenvolvimento e meio ambiente e do serviço social. Igualmente diversa foi a procedência geográfica das contribuições, enviadas da Paraíba, de Alagoas, do Rio Grande do Norte, de Pernambuco, do Ceará, de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul. Essa diversidade reflete-se nesta publicação, marcada por uma pluralidade de referências, pontos de vista, abordagens e interesses que muito enriqueceram os debates nos grupos de trabalho.

Por fim, gostaríamos de registrar nossos agradecimentos às pessoas e instituições que fizeram possível a realização da 1ª RAS.

À Capes, por meio de seu edital de Apoio a Eventos no País e do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD), ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da UFPB, sob a direção de Mônica Nóbrega e Rodrigo Freire, bem como às Pós-Graduações em Antropologia (coordenação de João Martinho Braga de Mendonça e Marcia Longhi) e de Sociologia (Tereza Queiroz e Cristina Furtado). Agradecemos, igualmente, a todos e todas que coordenaram e debateram os Grupos de Trabalho, bem como ao nosso conferencista e aos/às participantes das mesas redondas: Luziana Silva, Rozeli Porto, Adriano de León, Mónica Franch, Ednalva Neves, Débora Allebrandt, Ana Cláudia Rodrigues, Roberta Reis Grudzinski, Marcia Longhi, Octavio Bonet, Eduardo Brunello, Rosa Virgínia Melo, Fátima Tavares, Pedro Nascimento, Ivia Maksud, Mônica Araújo, Artur Perrusi e Nádia Meinerz. Ao nosso secretário, Edimilson Gomes da Silva Jr. e à nossa monitora, Edilma Monteiro, o nosso muito obrigado.

Desejamos a todos e a todas uma boa leitura!

A Comissão Organizadora

Sumário

GT 1: SAÚDE REPRODUTIVA

- 17 **A CONCEPÇÃO DE ABORTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ESTIGMATIZAÇÃO DA MULHER EM ABORTAMENTO PROVOCADO**
Mariana Diôgo de Lima Costa, Luana dos Santos Cunha,
Eduardo Sérgio Soares Sousa
- 23 **MÚLTIPLAS FACES DE UM CONCEITO DE PARTO: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA DE GRUPOS DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO**
Lidiane Mello de Castro, Edemilson Antunes de Campos
- 30 **O NASCER DA DOULA: UM PERSONAGEM TRANSFORMADOR PARA REALIDADE OBSTÉTRICA**
Mariana Pereira Gonsalves, Carlos André de Lima Lopes
- 36 **O RITUAL DE CURA DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO NORTE DO RIO POTENGI**
Ademilde Alencar Dantas de Medeiros Neta,
Maynara Costa de Oliveira Silva

GT2: GÊNERO E SEXUALIDADES

- 43 **CORPO, SEXUALIDADE E DOENÇA MENTAL: ENSAIO SOBRE A NOÇÃO DE PESSOA E SUA RELAÇÃO COM AS IDEOLOGIAS DE SEXUALIDADE**
Luana Santos Cunha

49 **EDUCAÇÃO E PERSPECTIVAS DE GÊNERO: UM ESTUDO DO AMBIENTE ESCOLAR ENVOLVENDO QUESTÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA**

Vinícius Gabriel da Silva, Mónica Franch

55 **PROGRAMA TRANSCIDADANIA JP: CIDADANIA E O CUIDADO INTEGRAL À POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DE JOÃO PESSOA**

Roberto Cezar Maia de Souza

61 **DOCUMENTOS E EMOÇÕES NA NEGOCIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PARA TRANSEXUAIS EM JOÃO PESSOA/PB**

Juliana Ribeiro Alexandre

67 **ANGLICANISMO E HOMOSSEXUALIDADE. ESTUDO DE CASO SOBRE A CRISE DA DIOCESE ANGLICANA DO RECIFE**

Wilton da Silva Rocha

73 **CLUBE DO CARIMBO: COMO A AIDS, E A CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VÍRUS HIV, RESSURGEM HOJE NA MÍDIA BRASILEIRA**

Geissy Reis F. Oliveira, Mónica Franch

GT3: DISCURSO BIOMÉDICO, GENÉTICA E BIOTECNOLOGIA

81 **A GENÉTICA MÉDICA NA PARAÍBA**

Anatil Maux, Ednalva Maciel Neves

- 86 **O DISCURSO DA TECNOLOGIA E DO JUDICIÁRIO NA PROGRAMAÇÃO DE UM CORPO PERFEITO**
Filipe Lins dos Santos
- 93 **PESQUISA CLÍNICA E O SISTEMA CEP/CONEP: QUAIS AS LIÇÕES QUE TIRAMOS ACERCA DO DEBATE EM TORNO DA REGULAMENTAÇÃO DA ÉTICA EM PESQUISA CLÍNICA EM SERES HUMANOS?**
Roberta Reis Grudzinski
- 97 **APONTAMENTOS SOBRE ESTUDOS SOCIAIS EM SAÚDE: OS “SENTIDOS” NA PESQUISA EM SAÚDE E SOCIEDADE**
Teógenes Luiz Silva da Costa
- 104 **ADOCIMENTO GENÉTICO: ESTUDO SOBRE O CASO DA DOENÇA FALCIFORME**
Georgia Kessia Cavalcanti da Silva, Ednalva Maciel Neves

GT4: POLÍTICAS PÚBLICAS, MOVIMENTOS EM SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- 111 **UM ENSAIO SOBRE A IDEIA DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**
Camila Furlanetti Borges, Tatiana Wargas de Faria Baptista, Ruben Araujo de Mattos
- 117 **LIMITES E POSSIBILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: PERSPECTIVAS DA CONTINUIDADE ASSISTÊNCIAL**
Elisângela Maria da Silva Vasconcelos
- 122 **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO**
Romero Nogueira de Souza Mendes

- 127 **QUESTÕES DE SAÚDE NA COGESTÃO PENITENCIÁRIA. ESTUDO DE CASO SOBRE O PRESÍDIO DO AGRESTE ALAGOANO**
Gabriela Maria Hollanda Ferreira de Farias,
João Marcos Francisco Sampaio
- 132 **REFLETINDO SOBRE OS ALBINOS, OS CHAMADOS “FILHOS DA LUA”:
UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO**
Hualafy Rafael Barbosa Santos
- 138 **ANTROPOLOGIA E SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA NOS
CURSOS DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA DA UERN**
Alcides Leão Santos Júnior

GT 5: EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA E PRÁTICAS DE SAÚDE

- 145 **GANHANDO SAÚDE, “PERDENDO VALOR”: DOENÇA, CLIENTELISMO
E VOTO**
Julianna Azevedo, Luciana Chianca
- 151 **TRAJETÓRIAS E ITINERÁRIOS: PERCURSOS E EXPERIÊNCIAS DE
PESSOAS QUE VIVEM COM GLAUCOMA**
Patrícia de Araújo Leandro
- 158 **VELHICE E CUIDADO: ETNOGRAFANDO UMA INSTITUIÇÃO PARA
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE LUCENA/PB**
Franciely Fernandes Duarte
- 164 **GUARDIÃS DOS SABERES POPULARES DE CURA: A EXPERIÊNCIA
DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELAS MEIZINHEIRAS DO
CARIRI CEARENSE**
Bruna Dayane Xavier de Araújo, José Levi Furtado Sampaio

- 170 **“MEDICAMENTO NÃO, APENAS TYLENOL”:** UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS NA COMUNIDADE DE NOSSA SENHORA DA GUIA EM LUCENA/PB
Jadson Kleber Lustosa Ribeiro da Silva

GT 6: SAÚDE E RELIGIÃO

- 179 **PRÁTICAS AYAHUASQUEIRAS NA AMAZONIA DO PERU: REFLEXÕES ETNOGRÁFICAS SOBRE TERAPEUTAS POPULARES E A GRADE COLONIAL**
Ana Gretel Echazú Böschemeier
- 187 **ESTUDO ANTROPOLÓGICO DA RELAÇÃO PROMESSA E SAÚDE NO SANTUÁRIO VIRGEM DOS POBRES MACEIÓ/AL**
Yolanda Silva de Mendonça
- 190 **O FEITO & O OLHADO: PERFORMANCES DA AFLIÇÃO E A LITURGIA POPULAR DOS CORPOS EM AFECÇÃO**
Fabiano Lucena de Araujo
- 199 **O USO DE DROGAS E A CURA PELA FÉ: A BUSCA POR TRATAMENTO EM UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA**
Graziela F. S Pinto
- 206 **MEDICINAS INDÍGENAS EM DEVIRES COSMOPOLÍTICOS**
Sheila Accioly
- 212 **“MEU PEDIDO FOI VALIDO” - UMA ETNOGRAFIA NO SANTUÁRIO NOSSA SENHORA DA GUIA NA CIDADE DE LUCENA/PB**
José Adailton Vieira Aragão Melo

218 **EFICÁCIA SOMBÓLICA E SAÚDE: MAGIA E CURA NA PRÁTICA RITUAL DE REZADEIRAS**

Ademilde Alencar Dantas de Medeiros Neta,
Maynara Costa de Oliveira Silva

GT 7: CORPO E SOFRIMENTO

225 **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) - BREVES REFLEXÕES A RESPEITO DESSE FENÔMENO**

Evelynne Tamara Tavares

231 **POLICIAIS MILITARES DE ALAGOAS E OS DANOS SOFRIDOS EM SERVIÇO. ANÁLISE DOS INQUÉRITOS SANITÁRIOS DE ORIGEM NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS**

João Marcos Francisco Sampaio

237 **O VALOR DA MORTE: UMA ETNOGRAFIA NO CEMITÉRIO DE SÃO JOSÉ, JOÃO PESSOA/PB, ANALISANDO AS RELAÇÕES ECONÔMICAS QUE ENVOLVEM A MORTE**

Bruna Tavares Pimentel, Heytor de Queiroz Marques,
Jhessyca Nátally de Santana Silva, Raphaella Ferreira Mendes,
Weverson Bezerra Silva

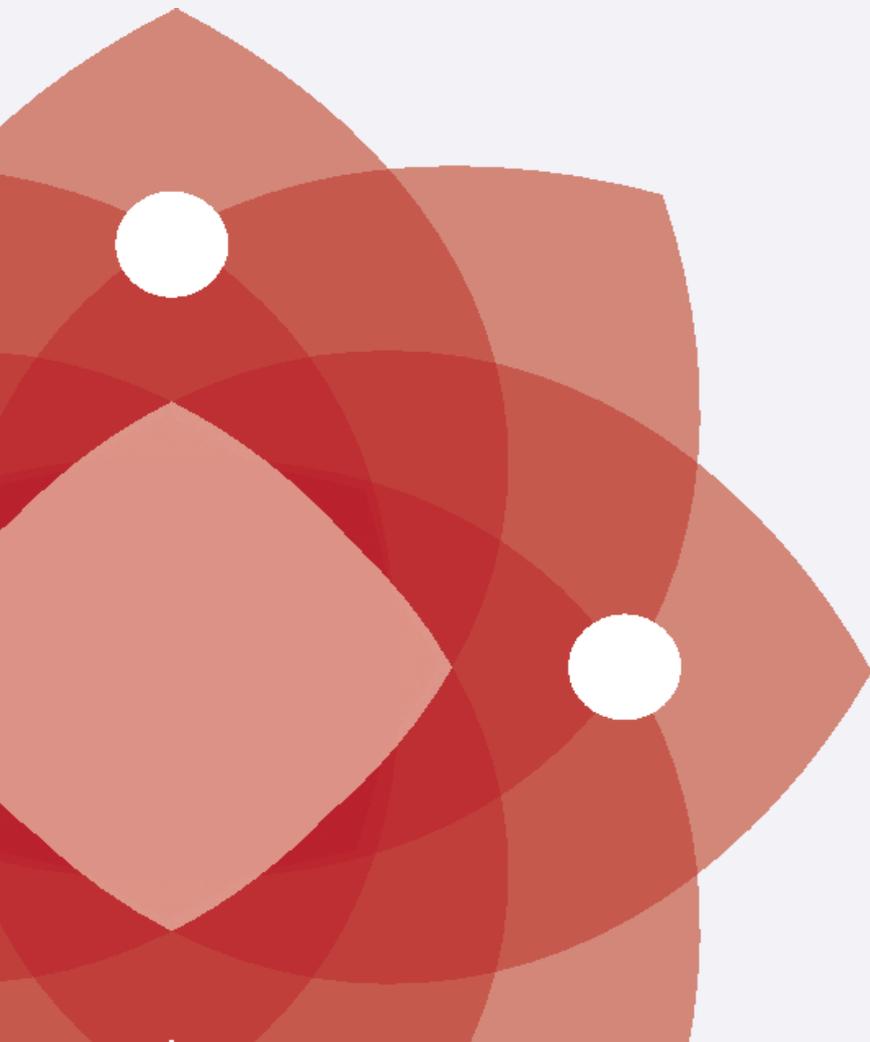
244 **ENTRE O DIVÃ E AS LÂMINAS - ALGUMAS NOTAS SOBRE A AUTOMUTILAÇÃO A PARTIR DO DISCURSO PSI E DAS PESSOAS QUE SE CORTAM**

Éverton de Lima Silva

GT 1: SAÚDE REPRODUTIVA

Coordenadora: Luziana Marques da Fonseca Silva (UFPB)

Debatedora: Rozeli Porto (UFRN)



A CONCEPÇÃO DE ABORTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ESTIGMATIZAÇÃO DA MULHER EM ABORTAMENTO PROVOCADO

Mariana Diôgo de Lima Costa¹
Luana dos Santos Cunha
Eduardo Sérgio Soares Sousa

INTRODUÇÃO

Sob a premissa de que há condicionamento sociocultural na conduta dos profissionais de saúde nos momentos de assistência hospitalar às pacientes que abortam de forma provocada, o presente trabalho averiguou a temática das relações entre o aborto provocado e os direitos sociais, problematizando o cuidado em saúde oferecido às mulheres em situação de abortamento. Assim, o objeto da pesquisa foi investigar sociologicamente a concepção de aborto entre profissionais de saúde e a estigmatização da mulher em abortamento provocado. Os objetivos são: compreender o condicionamento sociocultural dos profissionais responsáveis pelo cuidado às mulheres em situação de abortamento; caracterizar o perfil dos profissionais envolvidos no processo de assistência a essas mulheres; determinar a eficácia dos resultados da assistência às mulheres em situação de abortamento de acordo com a influência das condutas socioculturais e morais do corpo profissional, contidas nesses atendimentos. Não obstante existir a regulamentação da

1. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB).
E-mail: marianadiogo@hotmail.com.br

atenção humanizada ao abortamento que o Estado deve oferecer, há muita discriminação, punição informal e estigmatização da mulher que aborta. Apesar de não oficiais, as normas religiosas ainda penetram a composição sócio moral do Brasil e influenciam a construção psicológica do núcleo familiar e da maternidade no País.

Metodologicamente, a investigação fundamenta-se em uma revisão teórico-conceitual, contendo perspectivas diferenciadas e caracterizadas, de acordo com a formação de seus diversos autores sobre o assunto. Compreende uma investigação de natureza qualitativa, valendo-se de entrevista semiestruturada, etnografia e observação participante com profissionais da assistência às mulheres em abortamento e com as próprias mulheres em situação de abortamento e recebendo assistência numa maternidade do município de João Pessoa-PB.

Resultados e conclusões: quanto aos resultados da pesquisa, estes foram diversificados de acordo com as entrevistas com os sujeitos. Alguns consideram que a situação, muitas vezes, justifica-se moralmente em certas circunstâncias, apesar de muitos se negarem a expressar sua opinião.

Em entrevista com o corpo profissional da maternidade estudada no município de João Pessoa, podemos notar o que foi dito acima, ao serem questionados *se achavam que no seu corpo profissional havia diferença no tratamento entre as pacientes em abortamento provocado e as de abortamento espontâneo*. As respostas foram:

– Tem, tem diferença. Assim, *porque aquela que provoca sempre tende a ser má*, ninguém sabe como é a vida dela, o que levou ela a fazer esse ato, que é um crime né, no nosso país. *Eu vejo que os profissionais não têm... não é como uma rejeição, é uma relação de desprezo mesmo*. (Profissional entrevistada 1, grifo nosso).

De uma forma geral, sim. [...], já jogam assim, a mulher no fogo, se fez isso agora que aguente. Eu sou contra o aborto, sou religiosa, católica, mas não acho que deve maltratar causando mais sofrimento à pessoa, *se veio é porque tá precisando, tem que tratar.* (Profissional entrevistada 6, grifo nosso).

Também foi observado que, apesar de não haver a punição oficial do crime de aborto, há outro tipo de penalização, a moral, através das condutas de atendimento, por parte de alguns profissionais, a fim de que, de outro modo, essas mulheres “paguem” pela escolha, como forma de punição não oficial. Estas ponderações despontam a partir dos “comentários” realizados pelos profissionais acerca das mulheres em situação de abortamento provocado e que repercutem sobre a qualidade do atendimento oferecido que, obrigatoriamente, deve seguir os ditames da atenção humanizada às mulheres em abortamento.

Em resposta à pergunta já referida acima, as profissionais elucidaram tais penalizações informais:

Tem diferença, porque não dão muita atenção, *passam a hora de dar a medicação, demoram pra fazer as curetagens*, às vezes vem de má vontade, a gente chama e *eles demoram* (Profissional entrevistada 5, grifo nosso).

De uma forma geral sim, já *vi casos de mais demora na curetagem para as de provocado*, podendo até causar uma coisa mais grave, também *não tem ética profissional no tratamento* [...] (Profissional entrevistada 3, grifo nosso).

As consequências são intensas, sendo classificadas, por alguns dos entrevistados, como atitudes de descaso, repetição indiferente nos procedimentos médicos e assistenciais, julgamento e agressão moral, violência institucional,

demora no atendimento, tratamento desumano, degradante e constrangedor, violação do direito à segurança pessoal em razão de investigações policiais, processos judiciais e encarceramento, e os riscos à integridade física e psicológica da mulher.

Sob esse prisma, vemos o corpo e, portanto, seus sujeitos, as mulheres que provocam o aborto, portadoras de forte estigmatização social no momento desses atendimentos. Segundo Goffman, o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim aparências suscitadas em situações sociais durante os contatos mistos, em decorrência de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro. Nesse caso, o corpo é um objeto-suporte em que a aparência física e social serve para representá-lo (GOFFMAN, 1980).

Tais tratamentos provocam, nessas mulheres, sentimentos de “estado imoral”, em que a criminalização informal funciona junto com a criminalização legal para produzir sentimentos de “vergonha”, “desonra”, e medo de exclusão social nas mulheres que almejam ou que, por qualquer motivo, buscaram abortar.

Por fim, cabe refletir sobre a maneira pela qual a sociedade age diante do fenômeno do aborto provocado, não utilizando os parâmetros legais previstos. Identificamos, nesta pesquisa, que há agentes sociais, como no caso em apreço, profissionais de saúde que, mesmo no uso de sua função de cuidado, têm dificuldade de se despir dos seus conceitos, valores e pré-conceitos no cotidiano do atendimento, julgando à sua maneira e, através de mecanismos informais, recompondo a pena, como exposto no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ARDAILLON, D. **Para uma cidadania de corpo inteiro**: a insustentável ilicitude do aborto. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Para%20uma%20Cidadania%20de%20Corpo%20Inteiro%20-%20A%20Insustent%20E1vel....pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BOLTANSKI, L.; THÉVENOT, L. **De la justification** - Les economies des grandeurs. Paris: Gallimard, 1991.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Memória e Sociedade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, 1989.
- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BUTLER, J. P. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- CAVALCANTI, A; XAVIER, D. (org.). **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. São Paulo: Komedi. 2004.
- FAÚNDES, A. et al. Aborto induzido: opinião e conduta de promotores de justiça brasileiros. In: FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI. Cemicamp, dez. 2007.
- FAÚNDES, A.; HARDY, E. Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 58, n. 1, p. 77-83, 1997.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 31. ed. Tradução Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **The birth of the clinic**: an archaeological medical perception. New York: Vintage books, 1973.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma** - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

LUNA, N. Tirar o aborto da sombra. A condição fetal: uma sociologia do engendramento e do aborto. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.15, n. 1, jan./abr. 2007.

MARZANO-PARISOLI, M. M. **Pensar o corpo**. Trad. Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, n. 26, p. 1-10, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/revista/nov06.html#dois>> Acesso em: 10 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. Ratificada em 01/02/1984.

PORTELLA, A. P. **Aborto**: uma abordagem da conjuntura nacional e internacional. Recife: SOS Corpo, 1993.

TALIB, R. A. **Dossiê** - Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. **Unsafe abortion**: global and regional estimates of incidence and mortality.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos; Profissionais de saúde; Abortamento; Punição informal.

MÚLTIPLAS FACES DE UM CONCEITO DE PARTO: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA DE GRUPOS DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Lidiane Mello de Castro¹
Edemilson Antunes de Campos

INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda um projeto de pesquisa de doutorado cujo desenvolvimento focaliza-se na compreensão dos contextos e fenômenos envolvidos nos aspectos culturais do conceito de parto dentro de um movimento social.

Atualmente, deparamo-nos com um panorama obstétrico insatisfatório, se considerarmos as evidências científicas relativas às práticas obstétricas. De acordo com os resultados da pesquisa intitulada *Nascer no Brasil*, as cesarianas no País têm aumentado desde meados da década de 1990; em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a de partos vaginais no Brasil, alcançando a taxa de 52% em 2010, muito distante da média de 15% preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (DOMINGUES et al., 2014). Por outro lado, nos partos vaginais foram utilizadas a ocitocina e amniotomia em 40% dos casos, a manobra de Kristeller em 37%, episiotomia em 56%, e litotomia em 92%, enquanto as boas práticas durante o

1. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica – Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Interunidades. Universidade de São Paulo. Agência Financiadora CNPq. E-mail: lidianeoz@usp.br.

trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres (alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma) (LEAL et al., 2014).

Em meio a esses dados, encontram-se as experiências insatisfatórias das mulheres que vivenciaram este modelo, e que se uniram aos profissionais de saúde e aos homens que dele discordam, formando os grupos que militam no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento em busca de uma redefinição dos conceitos e práticas da assistência ao parto e ao nascimento.

Neste contexto, parte-se do pressuposto de que existe uma relação entre o conceito de parto e as práticas obstétricas que integram o sistema de nascimento do grupo.

Este estudo tem como objetivo compreender os significados e as práticas construídos a partir do conceito de parto, presentes no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento.

Desta forma, busca-se contribuir para uma melhor compreensão das perspectivas sobre o parto humanizado e, por essa via, para uma melhor reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica, feita em grupos que militam no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Realizamos a etnografia em dois grupos: Grupo A, localizado na cidade de São Paulo, composto por mães, pais, doulas e profissionais de saúde, e Grupo B, localizado na cidade de Campinas, composto por mães, pais, profissionais de saúde, professores universitários, doulas e advogadas.

No momento, estamos na etapa da etnografia e da realização das entrevistas semiestruturadas com os participantes dos grupos, com perguntas abertas, seguindo um roteiro de entrevista.

RESULTADOS PARCIAIS

A Etnografia nos grupos

Movida pelo objetivo de compreender o conceito de parto nos grupos do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, iniciei a busca por grupos que aceitassem a realização da pesquisa e que tivessem uma representatividade no Movimento. Para isso, participei de vários eventos, congressos, simpósios do Movimento, selecionando alguns grupos.

Contatei quatro grupos, entretanto, um se negou, alegando que seus participantes não permitiam a realização de pesquisas, outro nem ao menos respondeu o meu contato, os outros dois me aceitaram e com eles iniciei a etnografia.

O processo de aceitação, nesses grupos, ocorreu de uma maneira muito rápida, acredito pelo fato de ser obstetriz e ter tido um parto em uma casa de parto, pois esses fatores me assemelharam aos membros, o que facilitou a interação e deixou-os a vontade com a minha presença.

Em todos os grupos colaboro em algumas atividades de forma voluntária, o que me permite uma aproximação dos membros e, assim, vivencio o grupo de outra perspectiva, o que amplia meu conhecimento sobre o meu objeto de pesquisa.

Grupo A

Cheguei ao conhecimento do Grupo A no 1º Encontro de Mulheres que Pariram em Casas de Parto. Nesse evento, interessei-me por sua militância em busca do parto humanizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, localizei a página do Encontro na internet e fui até o local. Quem me recebeu

foi sua coordenadora, para quem expliquei minha pesquisa, e que aceitou conversar comigo em um outro momento. Nesse novo encontro falei um pouco mais sobre meus objetivos e fui aceita. Aos poucos, fui observando as atividades dos grupos e conquistei meu espaço, passando inclusive a prestar serviços voluntários coordenando o grupo de Mães.

O grupo A está situado na cidade de São Paulo, formado em 2013 por sua fundadora e atual coordenadora. Também participam mães, pais, obstetrizes, psicólogas, nutricionistas, educadores físicos. Todos estes profissionais atuam no grupo de forma voluntária, com o objetivo de promover a humanização do parto e do nascimento, principalmente no SUS.

As ações deste grupo se concentram em:

- Grupos de Gestantes;
- Grupo de Mães;
- Grupo de apoio à amamentação;
- Reuniões com a Casa de Parto da região;
- Eventos para a divulgação da luta pela humanização e divulgação da casa.

Atualmente o grupo encontra-se em uma reformulação onde possivelmente deixará de promover os grupos de gestantes e mães, focando nas reuniões para promover uma melhora nos serviços do SUS.

As primeiras observações feitas neste grupo demonstra que existe uma grande insatisfação com o modelo biomédico vigente na obstetrícia. Muitas de suas participantes sofreram cesarianas indesejadas, pois tinham o desejo de ter um parto por via vaginal e se sentiram enganadas pela indicação da cesárea, inclusive duas mulheres chegaram a nomear a cesárea como “Não Parto”. Das mulheres que vivenciaram o parto humanizado fica a ideia de ser

uma grande conquista, uma transformação que as aproximou da sua natureza feminina. Outro aspecto muito defendido é a amamentação, a grande maioria das mulheres participantes do grupo considera a amamentação muito positiva para seus filhos e filhas e irão amamenta-los até o momento em que eles pedirem, por isso é comum ver crianças com mais de dois anos sendo amamentadas. E quando uma mãe sofre algum constrangimento por amamentar elas se mobilizam e promovem protestos intitulados de “Mamaço”.

Grupo B

No Grupo B, o primeiro contato que tive foi em sua apresentação no debate sobre a pesquisa *Nascer no Brasil* realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Uma de suas integrantes se apresentou nesse dia, representando as militantes do MHPN. Nessa apresentação, foram colocadas as principais ações do grupo, despertando meu interesse em conhecer o grupo para convidá-lo a participar de minha pesquisa. Com isso em mente, e como primeiro contato, participei de uma reunião mensal, em que havia poucas integrantes. Elas me explicaram que era um fórum aberto, mas que achavam melhor que a decisão para a realização da pesquisa fosse tomada quando estivessem mais pessoas presentes na reunião. Então, no mês seguinte, fui à outra reunião, expliquei novamente o meu objetivo, e os membros me aceitaram.

O Grupo B é um fórum do interior de São Paulo que milita no campo da humanização do parto e nascimento. Sua fundação ocorreu em 2013 e é composto por mães, pais, profissionais de saúde e entidades. Este grupo se reúne uma vez por mês, em reuniões abertas, para discutir e planejar suas ações; além dessa reunião, comunicam-se via redes sociais e grupos de e-mail.

Por definição do próprio grupo, o cenário do parto deve ser cada vez mais tema de nossa sociedade, fortalecendo o controle social na assistência ao parto e nascimento, sendo esse o caminho para uma mudança de paradigma para um bem nascer e parir. Desta forma, suas ações consistem em:

- Organização de fóruns sobre violência contra a mulher, com ênfase na violência obstétrica;
- Projeto de Lei que garante a entrada de doulas nas maternidades da cidade, além do acompanhante escolhido pela mulher na hora do pré-parto, parto e pós-parto;
- Projeto de formação de doulas;
- Parceria com grupos de mulheres em ações que combatam a violência contra a mulher;
- Mobilização para a fundação do Fórum Perinatal em sua cidade.

As primeiras observações no grupo B me inserem em outra perspectiva, acredito que seja em razão da própria composição do grupo, em sua maioria acadêmicos e profissionais da saúde. Embora suas participantes tenham chegado a vivenciar experiências humanizadas ou de partos no modelo biomédico, este tema não é o foco da discussão do grupo, que se concentra em estratégias de mobilização e fortalecimento da humanização na região. Neste grupo existe uma forte valorização da doula, o grupo luta pela “lei das doulas” e já conquistaram verba para a realização de cursos gratuitos de formação de doula. Outra atividade é a organização de eventos em conjunto com outras entidades, para a divulgação da humanização do parto e nascimento. A noção que se faz presente é que o grupo considera quase inexistente a oferta de serviços humanizados no SUS e no setor suplementar da região, desta forma, militam para a melhoria da assistência humanizada.

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Nossas considerações parciais são de que os grupos dos movimentos de humanização do parto e nascimento estão conectados em uma rede e, embora tenham um objetivo comum, possuem conceitos e práticas distintos a cerca do parto e do nascimento.

REFERÊNCIAS

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde; Parto; Humanização do Parto; Nascimento.

O NASCER DA DOULA: UM PERSONAGEM TRANSFORMADOR PARA REALIDADE OBSTÉTRICA

Mariana Pereira Gonsalves¹
Carlos André de Lima Lopes²

INTRODUÇÃO

Segundo Raphael (1973), a função da doula varia em diferentes culturas, de um pequeno socorro a uma completa ajuda. Perceber a satisfação das gestantes e puérperas apoiadas por elas nos instigou a compreender sua atuação, resgatando sua história, identificando o que as motiva, como percebem os profissionais e as famílias. O objetivo é analisar a perspectiva histórica das doulas, as práticas e relações no cuidado às gestantes e puérperas nos dias atuais.

A pesquisa vale-se de abordagem etnográfica. Segundo Moreira e Caleffe (2006), a etnografia tem como característica focar o comportamento social no cenário, confiando em dados qualitativos, em que as observações e interpretações são feitas no contexto da totalidade das interações humanas.

Peter Murray Jones e Lea T. Olsan (2015) realizaram um estudo no qual os rituais – práticas verbais e físicas – reiteram costumes europeus antigos que habilitavam mulheres e homens a lidar com as dificuldades do parto. Analisando os rituais envolvidos, como encantamentos, rezas, amuletos e

1. Enfermeira, Doula Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba (PPGR/UFPB). E-mail: gonsalves_mariana@hotmail.com.

2. Acadêmico do Curso de Serviço Social, Faculdade Internacional da Paraíba (FPB). E-mail: call_pb@hotmail.com.

pergaminhos de orações, os registros evidenciaram interação entre o oral e o escrito. Os homens recomendavam os rituais e prestavam ajuda como curandeiros, médicos, monges, ou frades. Porém, as práticas eram incumbência da parteira e suas atendentes femininas, ou seja, doulas medievais.

Os anos 1960 e 70 marcam o ressurgimento da parteira e das mulheres que amparavam o parto. O movimento *hippie* norte americano resgatou o lado positivo condenando o intervencionismo. A parteira Ina May criou a comunidade hippie *The Farm* em 1971, no Tennessee respondendo pela assistência aos partos na comunidade. Foi May quem criou também o *The Farm Midwifery Center* (GIRALDI, 2003).

Durante a década de 1970, Klaus, Kennell realizaram um estudo separando mulheres em trabalho de parto tratadas com intervenções, e outras acompanhadas apenas de outras mulheres. Eles provaram que o grupo tratado apenas com outras mulheres exigia menos intervenções. Ao publicar os resultados, precisavam de uma palavra para definir “essas outras mulheres”. Foi a antropóloga americana Dana Raphael (1973) que as denominou “Doulas”.

O termo Doula é proveniente da Grécia; nos tempos de Aristóteles, significava escrava. Recentemente, este termo vem para descrever uma mulher que entra na casa de outra que acabou de dar à luz para auxiliá-la por cerca de 40 dias (RAPHAEL, 1973).

Hoje, mediados pela tecnologia, é preciso ensinar as mulheres como ser natural, é preciso reconduzi-las ao passado e aos instintos de sua espécie. Pela proposta das doulas, a mulher deve dar à luz da forma mais natural, como ocorria até o século XVII.

A palavra Doula, como a mulher que cuida, significa uma acompanhante experiente no parto, que oferece à mulher e sua família um suporte emocional e físico durante a gestação, o parto e o nascimento. Desse modo nasceu um novo nome para uma antiga função Doula.

O Movimento Coletivo de Humanização do Parto e Nascimento de João Pessoa vem construindo um espaço de articulação política, buscando mudanças na assistência obstétrica e neonatal. Foi criado em agosto de 2015, em meio à discussão sobre o Projeto de Lei n. 907 das Doulas, apresentado na Câmara dos Vereadores de João Pessoa, que recomenda a entrada da doula no hospital público ou privado. O respeito, autonomia, individualidade e privacidade são condições imprescindíveis para o parto humanizado (GONÇALVES et al., 2011). No parto, muitas mulheres são marcadas pela violência obstétrica hospitalar, que por muitas vezes as fazem se calar, isso revela onde a doula pode se tornar um agente fiscalizador, bem como a necessidade de abordar os direitos da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e denunciar situações de desrespeito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no *Guia de Assistência ao Parto Normal*, refere-se à doula como prestadora de serviços com treinamento básico sobre parto e nascimento. O Projeto Doulas Voluntárias do Instituto Cândida Vargas, em João Pessoa, é pioneiro na Capital, tendo sido incorporado no processo de humanização do parto e do nascimento.

Fadynha (2003) cita dois modelos de doulas no Brasil: a profissional e a voluntária. Poucas sobrevivem exclusivamente como doulas, em geral complementam sua renda – caso de L. T. D. S, mãe, bióloga, doula e proprietária de loja de produtos ecológicos. Já M. P. G, mãe, enfermeira, doula, mestranda e apoiadora de grupo de gestantes, tornou-se doula através do seu caminho pessoal:

A vida me proporcionou viver duas experiências profundas que pude sentir através do parto dos meus filhos. Acompanhada por duas doulas na minha última gestação me colocou diante do desafio de apoiar emocionalmente as mulheres durante a gestação, parto e nascimento.

A doula surge como um resgate da presença feminina no momento do parto, cuidando, incentivando e lembrando sempre que ela é capaz de parir.

Cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2003).

As rodas de gestantes servem para empoderar e estabelecer um vínculo forte, como o caso de E. A. M, mãe, aposentada pelo Tribunal Regional Eleitoral, facilitadora de biodança e doula: “[...] *participo também de um encontro com gestantes, onde realizo [...] outro tipo de doulagem, pois há um acompanhamento maior dessas mulheres e uma preparação mais atuante onde a gestante vai mais segura e empoderada*”. Empoderar-se não é escolher o que fazer do corpo, mas priorizar seu lado natural, instintivo e ancestral.

Percebemos que a doula contribui na socialização desta mulher para o papel de mãe.

Você me ajudou naquele momento; estava lá o tempo todo ao meu lado; presenciou meu choro, riso, medo e minhas lágrimas de alegria; me viu parindo, este foi um dos momentos mais belos da minha vida. Estamos juntas, num elo de sangue e amor, para sempre.

Fico emocionado quando elas me relatam isso, porque vejo uma coisa feminina, bela, amorosa (JONES, 2002). M. P. G acrescenta: “*A doula tem um trabalho emocional e afetivo tão importante, que não cabe a nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar, é um amortecedor afetivo*”.

Para acelerar as contrações e relaxar a musculatura, a doula observa a mulher e seu corpo. Como a mulher está alterada e focada no parto, a doula deve ter a capacidade de observar todo o contexto, etapas, dilemas e personagens que cercam o parto. Depois, quando a mulher volta para casa, ela pode lhe fazer uma visita e compartilhar as histórias, como foi caso de E. A. M:

Doulei uma mulher cheia de dores e traumas [...] fui aprendendo com ela um modo diferente de se comunicar, muitas vezes ela não sabia dizer o que queria, mas tinha que entender nas entrelinhas [...] apesar de ter sido Cesário, por indicação médica, o seu trabalho de parto foi realizado e ela permaneceu tranquila. Senti no seu semblante confiança e paz. Houve momentos após o parto que ela necessitava de amparo e estávamos lá, nos três, nos encontrando e nos vinculando ainda mais.

A doula não é médica, enfermeira, parteira ou acompanhante familiar, não substitui nem subtrai, ela realiza uma atuação complementar. Estas doulas comentaram que, geralmente, são invisibilizadas pela equipe, mas acreditam que esta situação pode ser conveniente, permitindo-lhes trabalhar discretamente na cabeceira da parturiente. Segundo L. T. D. S:

[...] Ainda acontecem intervenções desnecessárias e violentas [...]. Infelizmente nosso sistema obstétrico está longe do ideal. Muitas vezes me vejo de mãos atadas, pois não posso intervir nas decisões das equipes. Mas meu coração se alegra em poder dar algum conforto àquelas mulheres.

Elas reconhecem que sua atuação, mesmo que silenciosa e dolorosa, vem provocando transformações. As experiências de vida e de parto revelaram a base da fonte do conhecimento dessas “doulas”. É possível pensar e resgatar o natural, como a cultura que permeia a natureza. Elas revelaram que a motivação principal para ser doula vem do desejo de doar e da satisfação que sentem por ajudar o próximo. Não temos dúvidas de que as doulas sejam um dispositivo importante na realidade obstétrica e no resgate de práticas de parto nas quais as mulheres tinham um papel central. As doulas desempenham um papel fundamental na reversão das mortes maternas e das violências sofridas nos hospitais. É preciso cuidado para que o discurso entre categorias não turve o que as doulas têm para oferecer. Somos amortecedoras

afetivas para os dilemas que acontecem durante um ritual universalmente intenso, como é o parto.

REFERÊNCIAS

- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground, 2003.
- GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf>>. Acesso: 17 out. 2015.
- GIRALDI, R. Parto em casa. **Correio Braziliense**, 06/12/03.
- JONES, R. Entrevista concedida ao grupo Doulas do Brasil, Porto Alegre. 2002. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/artigo.php?cod=10>>. Acesso em: 17 out. 2015.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **The doula book**: How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth. 2.ed. New York: Da Capo Press, 2002.
- MOREIRA, H.; CALEFFE L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- PETER MURRAY JONES AND LEA T. OLSAN. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 89, p. 3, 2015.
- RAPHAEL, D. **The tender gift breastfeeding**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1973.
- TORNQUIST, C. S. As armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 10, n. 2, p. 483-492, jul.-dic. 2002.

Palavras-chave: Doula; Antropologia do parto; Humanização do parto; Saúde emocional.

O RITUAL DE CURA DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO NORTE DO RIO POTENGI

Ademilde Alencar Dantas de Medeiros Neta
Maynara Costa de Oliveira Silva¹

OBJETO E OBJETIVOS

Analisar o processo de cura das mulheres que procuram a instituição hospitalar para o procedimento do aborto legal. Verificar o funcionamento do Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual; observar como se dá o atendimento às mulheres que procuram o procedimento de aborto legal; utilizar a bibliografia clássica à luz da realidade hospitalar.

METODOLOGIA

Para confecção deste trabalho, fez-se necessária uma pesquisa etnográfica dentro do Hospital Maternidade localizado na Zona Norte da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, haja vista que dentro desta instituição funciona o Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), que conta com uma equipe multidisciplinar cujo objetivo é prestar atendimento em saúde às vítimas de abuso sexual, com vistas a realizar uma cura psicofisiológica nas pacientes.

Para melhor aproveitamento dos dados etnográficos, foi fundamental fazer uso da técnica da observação participante (MALINOWSKI, 1978), esco-

1. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGAS/UFRN/Capes/FAPERN). E-mail: maycosta_13@hotmail.com.

lhida por ser um instrumento que traduz os fatos e as circunstâncias sociais com maior lealdade e complexidade. Deste modo, a observação participante emergiu como um método importante a ser seguido, uma vez que serviu como instrumento de produção de identificação da distribuição de poder dentro da instituição hospitalar.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O Código Penal Brasileiro de 1940 tipifica o aborto como sendo um ato ilegal passível de pena, porém elenca duas exceções, uma delas diz respeito ao aborto fruto de uma violência sexual, em que a mulher não será punida. Todavia, mesmo com a existência desta exceção, ainda acontece, no âmbito institucional, uma investigação para saber a “realidade do aborto”, em razão disso, dentro dos serviços de saúde, há uma avaliação multidisciplinar para que não ocorra violação da regra penal.

Desde o momento em que a mulher chega ao hospital para realizar o abortamento até o momento em que ela sai caracteriza-se pelos aspectos da situação social, tal qual descritos por Max Gluckman, que pode ser vista como um momento em que há uma série de eventos que se relacionam numa sociedade particular (neste caso, instituição hospitalar), e resultam numa estrutura social e suas relações.

A cura inicia-se com conversa e entendimentos entre o grupo de apoio social do hospital, que tentará restabelecer e purificar as pacientes cujo corpo foi violado, como também mostram as possibilidades entre continuar com a gestação ou interrompê-la. Neste processo de cura, há também uma investigação para saber se a gravidez é fruto de uma violência sexual, ou mera fraude.

A equipe analisa a condição social, como ocorreu a violência, e a “maturidade” da mulher, nesse caso, conforme o Código Penal, a idade biológica,

ainda que possamos recordar a possibilidade de diferenciação entre tempo ecológico e tempo estrutural apresentada entre os Nuer (EVANSPRITCHARD, 1978), e os grupos de iniciados entre os Ndembu (TURNER, 1968), ou seja, a representação da maturidade tem ancoragem no grupo social em que o indivíduo está inserido.

Deve-se observar se mecanismos reparatórios se articulam de modo a possibilitar o abortamento ou continuar a gestação. Escolher a segunda opção, possivelmente, significaria prolongar o drama indefinidamente, uma vez que o feto foi gerado a partir de uma violência. Em contrapartida, o aborto assinalaria o encerramento do drama da paciente.

Foi observado um caso que chegou à maternidade, uma adolescente de 13 anos que foi abusada sexualmente pelo marido da sua irmã mais velha. Sofia encontrava-se com 12 semanas de gravidez, não tinha mentalidade compatível com a idade cronológica, como explicou a psicóloga Marcia: “*Uma menina com 13 anos de idade, corpo de 10 e mente de 5*”, inferindo a ignorância da moça sobre sexo, vida e sociedade. Em entrevista com a psicóloga, esta afirmou que ela fez “*o procedimento que tem que ser feito*”, e ainda salientou que, no momento da ultrassonografia, Sofia não demonstrou nenhum afeto para com o feto, “*ela escutou o coração do bebê bater e não sentiu nada... nada!*”.

A reação da psicóloga com a não identificação do feto como sujeito, como criança por Sofia, está intimamente ligada à construção do instinto² e amor materno (BANDINTER, 1985) como conjuntos de valores sedimen-

2. No texto “Natureza e Cultura”, Lévi-Strauss menciona que o instinto seria a ilustração de um comportamento pré-cultural do homem. É a antinomia entre cultura e natureza, comportamento humano e animal. O instinto seria um equipamento anatômico, único, que permitiria a transmissão hereditárias de conhecimentos que possibilitam condutas essenciais para a sobrevivência da espécie. Todavia, o ser humano distingue-se dos outros animais, pois se encontra no seio de uma estrutura coletiva, na qual há linguagem, instrumentos, instituições sociais e sistema de valores estéticos, morais e religiosos (Cf. LÉVI-STRAUSS, 1982a).

tados a partir de valores sociais, os quais orbitam em torno das mulheres, e as condições historicamente atribuídas a estas, engravidar, amamentar, e cuidar dos seus filhos, marginalizando as que não escolheram o caminho da maternidade.

A gravidez também pode ser entendida como um período de margem, ou seja, um estado de liminaridade (TURNER, 1974a). No período liminar, torna-se complexa a atividade de classificação. Para ter uma melhor compreensão do que é o sujeito liminar, exemplifiquemos: a mulher está grávida mas não se sente mãe, bem como não o será em breve. Isso faz recordar a relação entre os estigmatizados e os normais, a comunidade tida como normal tende a ter uma postura discriminatória em relação ao estigmatizado, tendo por suposto que o estigmatizado é um indivíduo inferior, ou melhor, nunca será um ser humano completo. “Acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano” (GOFFMAN, 1980, p. 15).

Os estigmas serão empregados a partir da vida pretérita da mulher abusada sexualmente, cujo corpo foi violado. Ela carregará no corpo as marcas do estigma. Partindo da ideia de que cada indivíduo e cada grupo têm um conceito para o que é normal ou anormal, pode-se afirmar que esse conceito é fluido, sendo passível de modificação de acordo com o cenário e os personagens inseridos na trama.

O Brasil possui serviços de acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual, disciplinados por lei, nos hospitais e maternidades públicas. Dentro do hospital pesquisado, na Zona Norte de Natal, existe um programa que visa dirimir o sofrimento daquelas mulheres que sofreram abuso sexual. A equipe de profissionais de saúde do Programa de Atenção à Violência Sexual (PAVAS) conta com uma médica, uma assistente social, e uma psicóloga. O uso dos autores clássicos foi de fundamental importância para se conceituar e explicar o sistema social, bem como o ritual de cura psicofisiológica, e o

conceito de liminaridade no estado da gravidez, sobretudo na situação da busca pelo aborto legal.

Considera-se que os valores dos grupos sociais (parturiente – profissionais da saúde) produzem conflito quando se analisa a realidade do aborto, uma vez que entende-se que esses conflitos fazem parte da estrutura social. Buscou-se analisar as atuações ambíguas ou mesmo contraditórios apresentados na relação entre a equipe multidisciplinar e a parturiente em situação de abortamento. Vale ressaltar ainda que o título utilizado no artigo se refere ao fato de a cidade de Natal ser dividida por um rio, o Rio Potengi.

REFERÊNCIAS

- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRASIL. **Código Penal de 1940**. 4. ed. São Paulo: Riddel, 2007.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. Tempo e Espaço. In: **Os Nuer**. Uma descrição do modo de subsistência e das instituições políticas de um povo nilota. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GLUCKMAN, M. Análise de uma situação social na Zululândia Moderna. In: FELDMANN-BIANCO, B. (org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 2010. p. 237-365.
- GOFFMAN, E. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.
- LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: **Antropologia estrutural I**. São Paulo: Cosac Naify, 2008a.
- _____. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural I**. São Paulo: Cosac Naify, 2008b.
- _____. Natureza e Cultura. In: **As estruturas do parentesco**. Rio de Janeiro: Vozes, 1982a.
- _____. O problema do Incesto. In: **As estruturas do parentesco**. Rio de Janeiro: Vozes, 1982b.
- MALINOWSKI, B. Introdução. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultura, 1984.

_____. Características essenciais do Kula. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultura, 1984a.

_____. O Kula interior e XXII. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultura, 1984b.

_____. O significado do Kula. In: **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultura, 1984c.

TURNER, V. Liminaridade e communitas. In: **O processo ritual: Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974a. p. 116-159.

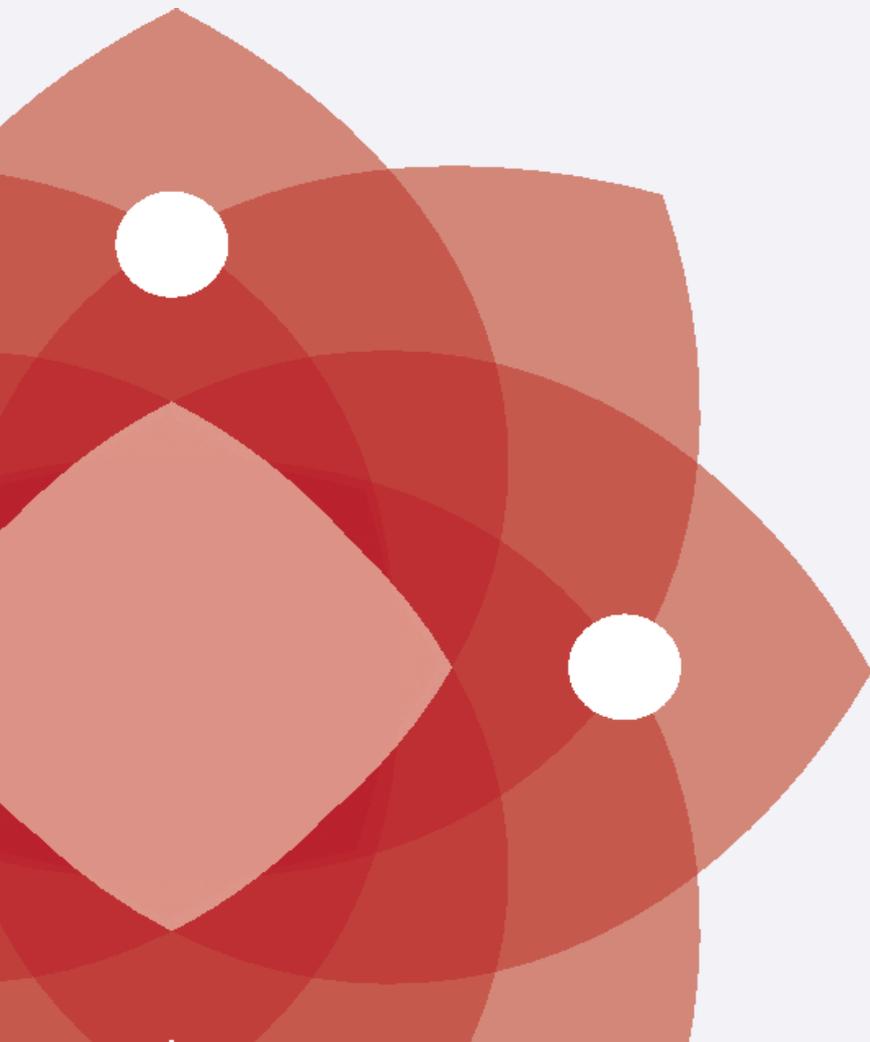
_____. Communitas, Modelo e Processo. In: **O processo ritual: Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974b. p. 160-200.

Palavras-chave: Aborto; Eficácia simbólica; Antropologia da saúde.

GT2: GÊNERO E SEXUALIDADES

Coordenadora: Mónica Franch (UFPB)

Debatedor: Adriano De León (UFPB)



CORPO, SEXUALIDADE E DOENÇA MENTAL: ENSAIO SOBRE A NOÇÃO DE PESSOA E SUA RELAÇÃO COM AS IDEOLOGIAS DE SEXUALIDADE

Luana Santos Cunha¹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, resultante de pesquisas para a tese da autora, tem por objetivo discutir – de forma ensaística e sem aprofundamentos – a construção do corpo como algo social, que muitas vezes implica a ideia de perfeição, completude e beleza, e como tal concepção está ligada diretamente à noção de “pessoa” presente nas sociedades ocidentais modernas, repercutindo, em alguns momentos, nas ideologias sobre o objeto de estudo deste trabalho, a saber, a sexualidade de portadores de doença mental. Faz-se necessário compreender o que seria o ser humano, a corporeidade, o que entendemos por indivíduo como valor e como lidamos com a diferença e com a imperfeição. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o objeto de pesquisa passando por autores como Louis Dumont, Marcel Mauss, Merleau-Ponty, Pierre Bourdieu, entre outros, bem como conversas informais na rede social Facebook com interlocutores da pesquisa (pessoas com paralisia cerebral), a fim de verificar a sexualidade como discurso, como construção social, sempre tentando observar o que esse trabalho nos permite compreender sobre nossa sociedade.

1. Doutoranda em Sociologia no Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB). E-mail: luanasantoscunha@hotmail.com.

CORPO E SEXUALIDADE NA DOENÇA MENTAL: REFLETINDO A NOSSA NOÇÃO DE PESSOA

“*O corpo está em cena*”, eis o que nos diz Sônia Maluf (2001), logo, o corpo está em meio aos debates recentes das políticas públicas, dos estudos acadêmicos, dos fenômenos sociais e das manifestações da cultura contemporânea. Para a autora, devemos nos afastar das visões essencialistas que reproduzem os dualismos “corpo/espírito e natureza/cultura” para pensar o corpo através de uma perspectiva antropológica, que o enxerga como uma construção social e cultural, desnaturalizando o que sempre foi visto como natural, como o fez Marcel Mauss (2003), em *As técnicas do corpo*, ao nos apresentar o corpo como o primeiro e o mais natural instrumento do homem no sentido de objeto técnico, cuja técnica é uma forma de coerção sobre o corpo, normas humanas de “adestramento” humano voluntário, afinal, para este autor, a sociedade se inscreve no corpo, e tudo nos é imposto.

É interessante pensarmos nesses termos de inscrição social no corpo, pois em diversos momentos podemos inferir que, assim como o camponês estudado por Bourdieu (2006) em *O camponês e seu corpo*, o deficiente mental internaliza a imagem desvalorizada de si², do seu corpo, que é visto como imperfeito, carregado de anormalidades e estereótipos, culminando algumas vezes em uma atitude introvertida que aumenta a vergonha causada pelo rompimento da comunhão consigo mesmo e pelas limitações impostas pelo físico e pelo social.

Todavia, como relacionar o sexo em suas variadas posições e técnicas com as limitações cognitivas que afetam o corpo? – tendo em vista que a

2. Questões retratadas em conversas informais na internet (rede social Facebook) com interlocutores da minha pesquisa de doutorado.

“*hexis corporal*” (BOURDIEU, 2006) é, antes de tudo, *signum* social, e que a sexualidade explorada em diversos tipos de manifestações fora dos “padrões corporais normais” é percebida como uma anormalidade dotada de estigmas, em que o indivíduo que não possui meios de manter as posições impostas pelas técnicas coercitivas corporais tem seu corpo visto como classificatório do que se pode ou não fazer.

Tal questionamento se faz possível porque a possibilidade de vinculação afetiva e sexual entre pessoas com limitação cognitiva é pouco refletida pelo senso comum, o que restringe as suas oportunidades de vida, negando-lhes as experiências e manifestações sexuais, “mantendo uma relação antagônica entre a imagem das mesmas como ‘não-pessoa’ e o desenvolvimento da sexualidade” (SOARES et al., 2008, p. 186), devendo ser tuteladas, infantilizadas e protegidas. Afinal, não é apenas a ideologia sobre sexualidade que está envolta nesta questão, mas as normas culturais que, de certo modo, contribuem para tal dificuldade na esfera afetiva-sexual, exaltando uma inviabilidade sexual por uma inabilidade corporal.

Isto nos leva a refletir sobre o que entendemos por indivíduo e “pessoa”. Algo antigo, pois muitos autores se debruçaram sobre quais seriam as “categorias do pensamento humano” e sua relação com a sociedade, como fez Radcliffe-Brown ao analisar a estrutura social:

Todo ser humano vivendo em sociedade tem dois aspectos: ele é indivíduo, mas também pessoa. Como indivíduo, ele é um organismo biológico, um conjunto muito vasto de moléculas organizadas em uma estrutura complexa [...] O ser humano como pessoa é um complexo de relações sociais” (RADCLIFFE-BROWN, 1973, p. 128).

Ao fazer tal afirmação, ele nos apresentou, grosso modo, uma oposição simples, mas pertinente, entre as categorias “indivíduo” e “pessoa”, que em conjunto com a categoria analítica “individualismo”, lançada por Durkheim

para compreender as formas modernas da pessoa, ajudam-nos a pensar o ser humano social e seus valores relacionados a um modo de ser diferente das sociedades mecânicas pautadas na solidariedade e ancoradas em um “egoísmo” coletivo, em igualdade e liberdade. Esses valores foram abordados por Louis Dumont em sua obra *Ensaio sobre o Individualismo* (1992), onde ele buscou compreender, através da comparação entre sociedades tradicionais e sociedades modernas, a ideologia moderna do individualismo, que anteriormente se dava com o indivíduo-fora-do-mundo e, atualmente, surge com o indivíduo-no-mundo. Assim, o indivíduo aparece como a forma moderna do que conhecemos como “pessoa”.

Todavia, foi com Marcel Mauss, em *Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”*, publicada em 1938, que podemos vislumbrar a “construção social da pessoa” em uma relação indivíduo e sociedade, substituindo “[...] essa visão ingênua de sua história e de seu atual valor por uma visão mais precisa” (MAUSS, 2003, p. 369), apontando “[...] a série das formas que o conceito do “Eu” assumiu na vida dos homens, das sociedades, com base em seus direitos, suas religiões, seus costumes, suas estruturas sociais e suas mentalidades” (MAUSS, 2003, p. 371). Desse modo, o autor nos mostra o indivíduo ligado à sociedade na qual está inserido, logo, compartilhando de seus valores, de sua moralidade e de suas ideologias, uma vez que “pessoa” designa uma unidade socialmente investida de significação. Assim, compreendemos que o indivíduo se encontra relacionado a todas as esferas do social, inclusive, a da sexualidade, que tem um papel fundamental no ordenamento moral das sociedades e nos modos de subjetivação dos indivíduos, pois a sexualidade não é mera atividade biológica, animalesca, fisiológica, mas, como afirmou Bozon (2004), constitui uma construção social que implica aprendizado a partir da cultura, e, inevitavelmente, a coordenação das atividades mental e corporal repletas de sentido. Afinal, o corpo é um espaço politizado, onde diferenças e desigualdades são naturalizadas sob a forma

de posições e disposições (BOURDIEU, 2003), em que o que conta é o corpo móvel que se faz visível no mundo (MERLEAU-PONTY, 2004). Desse modo, ao considerarmos os aspectos subjetivos, como os valores e as crenças do deficiente mental, podemos encontrá-los inseridos na sociedade. Assim, o debate político sobre os direitos desses indivíduos ganha relevância, inclusive no que diz respeito a questões que envolvem autonomia, independência e sexualidade.

CONCLUSÃO

Como o corpo é moldado e construído pela vida social, sendo os atos e as atitudes corporais um reflexo das representações sociais (MAUSS, 2003), podemos concluir que existe um poder dos valores e das ideias sociais inscritos no corpo que permeiam todas as suas dimensões sociais, suas representações sociais e sua construção, seu poder simbólico, enfim, tudo que vai além do corpo físico, refletindo nas ideias e sentimentos coletivos que respaldam nossa noção de “Pessoa” e de “Indivíduo” e “determinam” os comportamentos do homem que possui sua existência no corpo.

Como resultado desta pesquisa, podemos perceber que pensar a sexualidade na deficiência mental nos faz acordar para fenômenos sociais que se fazem presentes nas sociedades modernas e que são discutidos em vários âmbitos das Ciências Sociais, mas que, apesar participarem das novas experiências sociais, ainda se encontram permeados de estigmas e estereótipos.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2003.
- _____. O camponês e seu corpo. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 26, p. 83-92, 2006.
- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- DUMONT, L. 1985. Do indivíduo-fora-do-mundo ao indivíduo-no-mundo. In: **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco.
- DURKHEIM, É. As formas elementares da vida religiosa. In: **Durkheim**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção os Pensadores).
- MALUF, S. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços**, v. 9, n. 9, p. 87-101, 2001.
- MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003[1935]. p. 399-422.
- _____. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "eu". MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003[1938]. p. 367-398.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. **O olho e o espírito**. São Paulo: Cosac & Naify, 2004. p. 13-46.
- RADCLIFFE-BROWN, Alfred R. **Estrutura e Função na Sociedade Primitiva**. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.
- SOARES, A. H. R.; MOREIRA, M. C. N.; MONTEIRO, L. M. C. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 185-194, 2008.

Palavras-chave: Corpo; Sexualidade; Doença mental; Noção de pessoa.

EDUCAÇÃO E PERSPECTIVAS DE GÊNERO: UM ESTUDO DO AMBIENTE ESCOLAR ENVOLVENDO QUESTÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA

Vinícius Gabriel da Silva¹

Mônica Franch²

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo inicial desenvolver um estudo sobre o cotidiano de alunos e alunas do Ensino Médio de uma escola pública da cidade de João Pessoa em torno das questões de gênero e violência, com enfoque nas construções que estes sujeitos fazem do masculino e do feminino no ambiente escolar. Tal interesse emergiu através de indagações e experiências e tive ao longo de minha trajetória como estudante de licenciatura em Ciências Sociais na Universidade Federal da Paraíba. Ao participar da rotina escolar, durante visitas, estágios e observações no campo, deparei-me com ocasiões e eventos que perpassavam questões de violência e gênero, levando-me a buscar compreender como estas categorias se relacionam.

A pesquisa realizada foi de cunho etnográfico, incluindo observações e conversas informais em sala de aula e nos intervalos, bem como discussões com os discentes através de oficinas. Minha atividade como estagiário também contribuiu para a construção deste trabalho. Ao todo, minha pre-

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: vinicius_gabriel00@hotmail.com.

2. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: monicafranchg@gmail.com.

sença na escola totalizou três anos, durante os quais participei de atividades diversas, estive presente em aulas e palestras, bem como nas reuniões com professores e em “eventos” escolares que serão discutidos no decurso deste trabalho.

Considerando a etnografia uma abordagem essencial para pensar as questões de gênero dentro da escola, busquei inspiração em autores que abordam os “acontecimentos” e “eventos” em suas pesquisas antropológicas. A análise de situações sociais, desenvolvida por Max Gluckman (1987), serviu de base para a organização das observações, a partir de três eventos ou situações. O primeiro evento faz menção à exposição de painéis com fotos, pinturas e textos em homenagem ao Dia da Mulher, realizado pelos alunos e alunas da escola, que pude observar em dois anos consecutivos. O segundo está ligado a um caso de *bullying* sofrido por uma menina que teve fotos de sua intimidade divulgadas por toda a escola. A terceira situação social descrita foi uma cerimônia que tinha por função apresentar a lei Maria da Penha para a comunidade escolar e de bairros próximos, uma das raras ocasiões em que se evidencia a relação escola-comunidade, já que havia a presença de mulheres (mães de alunos e alunas) que sofreram violência doméstica.

Antes de iniciar a análise das três situações escolhidas, apresento brevemente os atores e atrizes da trama escolar. Em sua maioria, os alunos e as alunas, são oriundos dos bairros e comunidades dos arredores da escola: bairro Rangel, José Américo, Cristo, Geisel, entre outros. No meu contato com eles, em sala de aula, pude observar suas interações com os professores e suas conversas no decorrer das aulas, assim como nos momentos de intervalo e de ‘aulas vagas’, situação bem comum nas escolas públicas do estado da Paraíba. Sendo uma escola de grande porte, pude constatar que alunos e alunas possuíam características bastante heterogêneas em relação aos estilos e ‘modos de vida’. Pude ver claramente uma segregação de grupos religiosos entre eles. Era habitual uma grande parcela evangélica adentrar

nos eventos e comemorações e ações extra-aula da escola para cantar, louvar ou darem seus testemunhos ou afirmações sobre Deus e seus ensinamentos. Além dos grupos religiosos, percebi os alunos que se destacavam pela forma de se vestir, predominando os estilos mais ligados a acessórios coloridos e brincos, como um modo de singularizar-se, apesar do fardamento escolar. Muitos usavam bonés, tênis e colares de cores fortes como verde limão, rosa choque, roxo, entre outras cores que remetem aos estilos musicais e/ou séries e filmes com os quais estes adolescentes têm contato.

Nos contatos diários na escola, era possível apreender como o gênero constitui um ordenador de relações sociais que produz enquadramentos e também resistências. Durante o campo, observei que, em certas ocasiões do cotidiano dos jovens, na sala de aula ou nos corredores da escola, eles e elas estabeleciam e classificavam de maneira “espontânea” que meninos deveriam agir de tal forma e meninas deveriam agir de forma diferente. Eram comuns discursos como: “a menina tal é muito *namoradeira*” [sic], “a mulher é para estar na cozinha”, “... *mesmo que tente, o homem não consegue ser sensível*”, entre outras falas tidas como “normais”, tanto para quem as dizia quanto para quem as ouvia, remetendo à ideia de um consenso dos/as jovens em relação a tais afirmações. As três situações escolhidas puderam revelar alguns desses consensos, mas também dissensos, de forma mais aguçada.

Na primeira das situações escolhida, as homenagens ao Dia da Mulher, ao destrinchar as exposições realizadas em dois anos consecutivos, percebi um conflito entre duas representações da mulher e/ou do feminino. Por um lado, cartazes se alinhavam com o que posso chamar de avanços entre os ideais feministas, mostrando o clamor pelos direitos das mulheres, o pedido de justiça por uma colega que sofreu violência³ doméstica, a recordação

3. Ocorreram dois casos de violência contra a mulher com integrantes do corpo escolar.

de personalidades e figuras importantes para os progressos da mulher nas esferas da vida cotidiana, sejam na política, na ciência, no trabalho, nas relações conjugais etc. O paradoxo se forma a partir do momento em que são desenvolvidos painéis reivindicando direitos iguais para as mulheres, ilustrados a partir de figuras como flores, rosas, levando a uma despoliticização de um marco na história de lutas feministas, o Dia Internacional da Mulher, a partir da naturalização de atributos supostamente femininos, como a doçura, o afeto e a delicadeza, e do reforço dos símbolos tradicionalmente atrelados a esses atributos, principalmente os motivos florais. Interpretei essas coexistências como um conflito de ideias e agendas para as mulheres na escola. Nesse sentido, a pauta feminista pareceu se fortalecer no período que observei, pois de 2013 para 2014 foram incluídas questões como a homofobia e outras desigualdades sociais. Entretanto, características como o mundo “rosa” e “azul”, cores que representam a dicotomia homem *versus* mulher continuava a pairar no ambiente. Ou seja, o oficial, o politicamente correto, a tentativa de se construir projetos engajados nos “preconceitos existentes na sociedade”, como disse uma das professoras responsáveis pelo projeto, embaralha-se com um projeto que hierarquiza a relação entre os gêneros, e que oferece uma leitura do Dia Internacional da Mulher a partir do reforço de papéis e atributos tradicionais – a mulher mãe, amorosa e dócil.

O segundo caso descrito, que se refere à divulgação de fotos íntimas de uma aluna, proponho compreender como um linchamento moral, em que a atriz social envolvida sofreu vergonha pública por ser mulher. Essa situação trouxe à tona o quão incômodo e tabu é para a escola o “corpo da mulher”. Considerada mentalmente perturbada, por uns, ou simplesmente “safada”, por outros, o fato é que a aluna teve sua privacidade invadida dentro da escola, e nada se fez ou se tentou fazer para encontrar quem foram os responsáveis por este ato, como ocorreu ou quais os motivos para alguém ter feito isto. “Um esquema sempre confirmado na história das perseguições é

o de que a violência contra os fracos se dirige principalmente contra os que são fracos” (ADORNO, 1995, p. 122). Entretanto, cabe salientar que a aluna retornou à escola de cabeça erguida, no dia seguinte, mostrando resistência ao julgamento moral que se fez dela, e indicando, também, que precisamos, como pesquisadores, compreender a relação desses jovens com a tecnologia, o corpo, a nudez e a intimidade a partir de novos parâmetros, talvez não necessariamente moralizantes.

Quanto ao terceiro evento, a divulgação da Lei Maria da Penha com a palestra de uma Juíza e relatos de mulheres que sofreram violência doméstica, este tem uma importância especial em meu trabalho, pois foi o momento em que decidi a temática desta pesquisa. Tratar da violência parecia ser um ponto chave do qual não havia como fugir, até porque a escola tinha sido golpeada, recentemente, por dois casos em que duas mulheres perderam a vida em mãos de seus ex-companheiros, uma aluna e uma professora, acontecimento que teve ampla repercussão na mídia local.

Tendo em mente as inter-relações destes eventos, finalizo perguntando qual o papel, contribuição, intervenção da escola no domínio das relações de gênero? Trato “escola” aqui de um modo geral, enquanto instituição socializadora. A escola é meramente um instrumento de reprodução, vigilância, normas pedagógicas? E o papel e a força dos agentes dentro do espaço escolar? Tais indagações são impossíveis de serem respondidas (pelo menos neste momento), mas é fundamental evidenciá-las, especialmente no cenário atual, posterior inclusive a esta pesquisa, em que a discussão de gênero nas escolas está sendo alvo de ataques conservadores.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. Educação após Auschwitz. In: **Educação e emancipação**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- ALBERNAZ, L. S. F.; LONGHI, M. R. Para compreender gênero: Uma ponte para relações igualitárias entre homens e mulheres. In: SCOTT, P.; LEWIS, L.; QUADROS, M. T. de (org.). **Gênero, diversidade e desigualdades na educação: interpretações e reflexões para formação docente**. Recife: Ed. da UFPE, 2009. p 75-96.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- CLIFFORD, J. Sobre a autoridade etnográfica. In: **Experiência Etnográfica: Antropologia e literatura no século XX**. Ed. da UFRJ, 2002.
- FRANCH, M. **Tardes ao léu**. Um ensaio etnográfico sobre o tempo livre entre jovens de periferia. 2000. 232f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GLUCKMAN, M. A análise situacional social na Zululândia moderna. In: FELDMAN, B. B. (Orgs.). **Antropologia das Sociedades Modernas – Métodos**. São Paulo. Global, 1987.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

Palavras-chave: Violência; Gênero; Educação; Juventude.

PROGRAMA TRANSCIDADANIA JP: CIDADANIA E O CUIDADO INTEGRAL À POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DE JOÃO PESSOA

Roberto Cezar Maia de Souza¹

OBJETO E OBJETIVOS

O objeto deste trabalho é o programa da Prefeitura de João Pessoa destinado a promover os direitos humanos e a cidadania e a oferecer condições e trajetórias de recuperação de oportunidades de vida para travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade social. Tal programa baseia-se nos moldes do já existente Transcidadania, implantado em São Paulo, sendo este adaptado a nossa realidade.

Foucault (1987 apud CORDEIRO; SCOTT, 2015, p. 5) destacou que o “poder existente nas relações humanas se dá a partir do corpo, sendo este objeto de dominação e de submissão”. Assim, ele analisa as relações de poder em nossa sociedade, como se dão as relações existentes entre contexto social e as pessoas, e reflete, ainda, sobre como os “micropoderes” são construídos também como uma relação disciplinar sobre os corpos, com o intuito de torna-los dóceis e obedientes.

Pensar em sexualidade humana é considerar os processos de afetividade entre os corpos, entre a percepção de si e do outro e, também, em como expressamos nossos sentimentos, tanto para consigo como para com os outros. Mas é necessário refletir sobre como acontecem os processos de

1. Prefeitura Municipal de João Pessoa. E-mail: robertomaiapb@hotmail.com.

normatização ditados pela cultura e pela socialização das práticas corporais, uma vez que as práticas sociais desempenham vários papéis na concretização desses valores culturais na vida dos sujeitos, como o papel de organizar, regular e legitimar práticas sexuais, ocupando um lugar simbólico e social na construção das identidades sexuais dessas pessoas.

Nessa reflexão, percebemos que a exclusão social faz parte do universo dessas travestis, mulheres e homens transexuais; assim, trazemos como principais vulnerabilidades a não inserção no mercado de trabalho formal, o não reconhecimento social e jurídico de travestis e transexuais, a transfobia social, a evasão precoce da escola, a expulsão de casa e a falta de apoio da família, as condições precárias de moradia ou a situação de rua, a prostituição como única forma de trabalho e renda, a violência pública, a migração para a rede de exploração sexual, além do atendimento discriminatório nas políticas públicas, processo transexualizador clandestino e dificuldade de acesso às políticas de educação, saúde e desenvolvimento social.

Para Bento (2006), o que essas pessoas buscam nos hospitais do processo transexualizador do SUS é o reconhecimento de seu pertencimento à humanidade. Como pontua Bento (2006, p. 230),

[...] a humanidade só existe em gêneros, e o gênero só é reconhecível, só ganha vida e adquire inteligibilidade, segundo as normas de gênero, em corpos-homens e corpos-mulheres. Ou seja, a reivindicação última dos/das transexuais é o reconhecimento social de sua condição humana.

Esse reconhecimento social da pessoa humana é o que grande parte do movimento das travestis e homens e mulheres transexuais traz em suas reivindicações e em seus discursos cotidianos, uma vez que elas (eles) vivem essa realidade principalmente nos serviços de saúde, desde a Atenção Básica até o nível das especializações, em que algumas poucas se constituem como boas práticas de cuidado, configurando-se ainda como exceções, e as

demais são práticas meramente prescritivas, minifascistas (MERRY, 2012) e punitivas.

Trazemos, assim, a perspectiva foucaultiana que diz que o corpo deve ser pensado como uma realidade biopolítica, pois o próprio termo “transsexual” é atravessado por essa realidade de estereótipos, discriminação e de “não adequação”, fazendo com que esses indivíduos não sejam acolhidos na sua integralidade, com suas histórias de vida, parecendo que são sujeitos que devem ter “menos direitos” por não corresponderem à normatização e/ou a uma cisgêneridade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elevação da escolaridade básica da população de travestis e transsexuais de João Pessoa;
- Preparação e inserção para o mercado do trabalho em parceria com empresas públicas e privadas e OSCs;
- Formação Profissional e técnica como o Pronatec e outros programas de capacitação;
- Transferência de renda em parceria com o programa Empreender JP;
- Inserir essa população nos programas habitacionais de João Pessoa;
- Articulação da gestão para inserir essa população nos programas sociais.

METODOLOGIA

Realizamos um Seminário com a coordenação do Transcidadania de São Paulo, com a participação de 8 secretárias de João Pessoa e do movimento

social organizado para a construção do Programa em João Pessoa, lembrando que a expectativa de vida das travestis e transexuais no Brasil é de 36 anos de idade, em razão de sua situação de vulnerabilidade social, em que 90% das travestis e transexuais estão na rede de prostituição.

Logo após o Seminário, estabelecemos diálogo com várias secretarias municipais e empresas parceiras, por meio do qual conseguimos realizar pactuações para o Programa acontecer na sua prática de inclusão social. Apesar de sofrermos críticas, muitas vezes de usuários do facebook da prefeitura municipal, seguimos em frente com o aval da gestão municipal e das parcerias que conseguimos firmar durante os seis primeiros meses, que envolvem diversas empresas públicas e privadas e OSCs, entre elas: Secretaria de Trabalho e Ação Social de João Pessoa, Secretaria de Desenvolvimento Social de João Pessoa, Ouvidoria Municipal de João Pessoa, Secretaria de Comunicação Programa “João Pessoa sem Homofobia”, Secretaria de Educação e Cultura de João Pessoa, Secretaria da Habitação de João Pessoa, Secretaria de Saúde de João Pessoa, SINE Municipal, Secretaria de Juventude Esportes e Lazer, Ministério Público do Trabalho (MPT), empresa Contax, Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – curso preparatório para o Enem, Astrapa, sistema S, Senai, Sesc, Sebrae,

ETAPAS

O Projeto é constituído de cinco etapas, com seis meses cada uma, num total de dois anos e meio, e irá trabalhar com as seguintes modalidades:

- Diagnóstico socioeconômico da população, ficha de adesão ao programa realizado até o mês de agosto de 2015, para perceber as necessidades dos homens Trans, mulheres Trans e Travestis.

- Realizar as pactuações com os parceiros, empresas públicas e privadas.
- Bolsa auxílio de R\$ 500,00 para essa população cursar o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) durante uma e meio, que terá início em fevereiro de 2016.
- Cursos complementares em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Sistema S.
- Inserção dessa população nos programas de habitação e nos programas sociais.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Temos hoje 80 pessoas que já aderiram ao Programa que se iniciou em abril de 2015. Pretendemos alcançar, até o início de janeiro, a adesão de 120 pessoas ao programa, no qual, durante dois anos e seis meses, irão participar de várias atividades e serão inseridas e beneficiadas diretamente pelas políticas públicas de inclusão social, seja por meio do trabalho formal ou mesmo pelas políticas de educação formal.

CONSIDERAÇÃO FINAL

Esse programa vai garantir a qualidade de vida e cidadania das travestis, homens e mulheres transexuais de João Pessoa, lembrando que iremos trabalhar de acordo com suas necessidades, ou seja, 55% precisam concluir o Ensino Médio, alguns necessitarão fazer um curso preparatório para ingressar no mercado de trabalho formal e a grande maioria, 75%, não estão no mercado de trabalho formal. Desse modo, cada política pública via as parcerias estabelecidas vai ser dialogada com cada pessoa transexual na sua singularidade, é assim que iremos perceber o resultado desse Programa.

REFERÊNCIAS

BENTO, B. **A Reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamound, 2006.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**. A vontade de saber. 18. ed. São Paulo: Graal. 2007.

MERRY, E. E. Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da vida. *Circonteúdo*, 19 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.circonteudo.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3316:anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos-os-sinais-que-vem-da-vida-cotidiana-e-da-rua-&catid=259:emerson-merhy&Itemid=591>. Acesso em: 10 jun. 2015

Palavras-chave: Cidadania; Travestis; Transexuais; Inclusão social.

DOCUMENTOS E EMOÇÕES NA NEGOCIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PARA TRANSEXUAIS EM JOÃO PESSOA/PB

Juliana Ribeiro Alexandre¹

INTRODUÇÃO

Esse texto é parte da dissertação de mestrado em Antropologia Social, apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que teve como objetivo compreender de que forma os componentes afetivos envolvidos na relação de transexuais com os documentos constituem modos específicos através dos quais essas pessoas se reconhecem e constroem seus corpos, suas trajetórias e sua relação com os outros. Entendemos que os diversos documentos, dentre os quais os produzidos pelos atores da saúde e pelo poder público, são experienciados pelas pessoas trans para além da função administrativa em que são inicialmente pensados, comportando também uma série de experiências emocionais que marcam não apenas seus processos de subjetivação, mas que são recrutadas em “narrativas emocionais” para a negociação do direito à saúde.

Além da análise das materialidades que regulamentam a prática médica e o Protocolo Transexualizador em nosso País, também realizamos entrevistas com 12 homens e mulheres transexuais de João Pessoa - PB, observando a relação destes sujeitos com os documentos produzidos pelas políticas e serviços de saúde, sobretudo os protocolos, os prontuários, as receitas e os

1. Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: ju.ribeiroalexandre@live.com.

laudos psiquiátricos. Buscamos, ainda, compreender as percepções de nossos interlocutores sobre os serviços ofertados pelo Ambulatório de Saúde para Travestis e Transexuais, o primeiro serviço da região Nordeste cujo atendimento é destinado à atenção integral em saúde de travestis e transexuais e que faz parte da rede de serviços que vêm implantar o processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo da pesquisa, vimos inúmeros relatos sobre a dificuldade existentes, antes do surgimento do ambulatório, para se conseguir acesso aos profissionais que pudessem acompanhar as pessoas trans no trânsito de gênero. Com o ambulatório e a possibilidade de atendimento médico e obtenção de informação sobre qual “regime de cuidado” devem realizar, as pessoas trans passam a se apoiar em uma dimensão de reconhecimento e segurança no sentido de estarem “fazendo a coisa da maneira correta”. Entretanto, ainda que muitos de meus interlocutores reconheçam que o ambulatório se constitui num espaço ampliado de acesso à saúde, outros criticam as normas do SUS para acesso às tecnologias que permitirão adequarem seus corpos à imagem subjetiva que formam dele, além de queixas quanto à demora na realização dos procedimentos e à dificuldade em acessar as medicações, exames e hormônios.

Entendemos que a solução prevista pelo Ministério da Saúde para ofertar cuidado à saúde de travestis e transexuais parte de uma visão do sujeito trans como alguém acometido por um “transtorno mental” e que deve ser submetido a uma rígida e longa avaliação, a fim de acessar as tecnologias biomédicas que poderão diminuir o sofrimento cotidiano de que é vítima, sendo a terapêutica máxima e ideal, no caso da transexualidade, a realização da cirurgia de redesignação sexual. Dessa forma, se a efetivação de políticas de saúde no Brasil, a partir do processo transexualizador, tem sido comemorada por diversos transexuais que agora reconhecem nos ambulatórios um espaço de acolhimento e cuidado com a saúde, por outro lado, vemos surgir,

com bastante frequência, críticas à rigidez e às exigências do processo transexualizador, além de ambivalências e contestações ao modelo biomédico que reconhece a transexualidade como uma patologia a ser diagnosticada e “corrigida”.

Apesar de alguns especialistas já entenderem que a transexualidade, como qualquer experiência de si, é marcada por vivências heterogêneas, ainda circula entre os profissionais e nos documentos que regulamentam as práticas de saúde a noção de que todo transexual tem absoluta rejeição ao corpo e quer realizar o processo cirúrgico, sendo esse desejo o que os diferenciaria das experiências de travestilidade. Contudo, algumas pessoas trans entendem a transexualidade mais como uma condição subjetiva de identificação a um gênero específico, que pode ser construída pela *performance* social e não ser simplesmente “resolvida” por meio de um procedimento cirúrgico. A dúvida entre algumas pessoas trans quanto à necessidade do procedimento cirúrgico é ampliada quando apontam a qualidade do procedimento cirúrgico realizado atualmente no País, alguns dos quais ainda realizados em caráter experimental. Dessa forma, a obrigatoriedade de diversos procedimentos previstos pelo protocolo transexualizador, dentre eles a cirurgia, é entendida, em alguns casos, como uma violência às buscas que desejam realizar individualmente na corporificação de estéticas masculinas ou femininas, findando por serem fontes de sofrimento e não de cuidado, como se propõem.

Apesar das críticas às noções essencializadas, que compreendem a transexualidade como uma experiência patológica, o que tem resultado inclusive em movimentos internacionais pela despatologização das transexualidades, vemos, por outro lado, alguns dos interlocutores ressaltarem a importância da organização em torno de uma identidade medicalizada (transexual), que é evidenciada como forma de reivindicar o acesso às tecnologias biomédicas (hormônios, cirurgias etc.), necessárias para adequarem o corpo à “verdade

subjetiva”. A fim de “tomar o controle do seu destino biológico”, algumas pessoas reconhecem que compartilham de uma experiência de adoecimento e passam a formar comunidades ou coletividades de apoio e de busca por pesquisas, financiamentos e formas de tratamento para “suas doenças”. Segundo Rose (2010, p. 631), “eles se governam de acordo com uma ética de cidadania ativa e são obrigados a administrar suas próprias vidas através de escolhas, a se responsabilizar por seu futuro e a maximizar seus próprios potenciais”. É o que Vinh-Kim Nguyen chama de “cidadania terapêutica” (NGUYEN, 2004, p. 141). Para o autor, o encontro entre práticas terapêuticas em escala global, as ações localizadas de pessoas em busca de terapias para seus adoecimentos e os processos decorrentes da linguagem das tecnologias que geram modos particulares de construção da subjetividade a partir do adoecimento levam à formação de novas cidadanias baseadas nas condições biomédicas (NGUYEN, 2004, p.142).

Entendemos, portanto, que, para além da simples oferta de serviços ou de um objetivo abstrato e universal de cuidado e direito à saúde e doença, tratamento e cura, os espaços de saúde e seus profissionais constituem e instrumentalizam relações e formas de poder que, ultrapassando técnicas de cuidado, também acionam modos de vigilância e de normatização dos sujeitos. O hospital, a clínica, o ambulatório e seus profissionais não são objetivos ou neutros em um mundo de relações de poder (FOUCAULT, 2008). São também espaços onde alguns dos esquemas de categorização social foram forjados ao longo da história (e ainda o são), definindo o que é normal ou não, o que é esperado dos indivíduos em termos biológico/fisiológicos, estéticos, psicológicos e o que é marca de estranhamento, de desvio, estigma. São, portanto, espaços de formação de sujeitos e identidades com toda a extensa gama de implicações que esses processos sociais produzem.

No caso da transexualidade, o saber biomédico, que conforma a categoria transexual como doença e que entende que as pessoas trans vivem uma experiência-limite com seus corpos e rejeitam (abominam) seus órgãos sexuais, é o mesmo saber que afirma a necessidade de oferta de cuidados à pessoa trans em razão de seu “sofrimento” e como forma de poupá-la dos traumas que a condição de vítimas da natureza a torna suscetível. Evidencia-se a dinâmica de produção do “desviante-doente”, que é vítima da natureza e sofre por essa condição, devendo, portanto, ser cuidado. O sofrimento social é, então, resgatado conceitualmente pelas próprias políticas, sejam governamentais ou não, como algo a ser prevenido e cuidado em vistas de se promover bem-estar, qualidade de vida, ‘autoestima’, saúde etc. A ideia de trauma, aqui, também possui grande força política: o trauma produzido pelas situações de submissão à violência evocadas a partir das narrativas de dor produzem o sujeito como “vítima”, permitindo que este reclame ao Estado o reconhecimento dessa condição de vítima e a reparação pelos danos e traumas sofridos (PUSSETTI, 2012; FASSIM, 2008, 2011).

Em resumo, os relatos dos interlocutores mostram que há sempre uma busca pelas pessoas trans da realização da “verdade de si”, seja pela adesão a certas técnicas de cuidado que permitem que elas alcancem uma estética e uma performance que se adequem à noção de “eu” que possuem, seja pela rejeição dessas mesmas técnicas quando estas se mostram como uma ameaça à saúde e integridade do “eu”. A recusa ao sofrimento e a busca pela felicidade, agência e bem-estar é o que move todas as negociações feitas quanto às práticas de cuidado de si e aos usos das tecnologias biomédicas, não só nos espaços institucionalizados de saúde, mas em todos os contextos de socialidade das pessoas trans.

REFERÊNCIAS

FASSIN, D. The humanitarian Politics of Testimony: subjectification throught Trauma in the Israeli-Palestinian Conflict. **Cultural Antropology**, v. 23, n. 3, p. 531-558, 2008.

_____. The trace: violence, truth and the politics of the body. **Social Research**, v. 78, n. 2, p. 281-298, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 25. ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

NGUYEN, V.-K. Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship. In: ONG, A.; COLLIER, S. J. (orgs). **Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems**. Oxford, UK: Blackwell, 2004.

PUSSETTI, C. Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde Sociologia**, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.

ROSE, N. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 628-638, 2010.

Palavras-chave: Transexualidade; Documentos; Emoções; Direitos.

ANGLICANISMO E HOMOSSEXUALIDADE. ESTUDO DE CASO SOBRE A CRISE DA DIOCESE ANGLICANA DO RECIFE

Wilton da Silva Rocha¹

OBJETO E OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objeto de estudo os eventos que se passaram na Diocese Anglicana do Recife entre os anos de 2003 a 2005 e que culminaram com o cisma dessa diocese nesse último ano. Um dos principais objetivos é mostrar a visão que esses grupos têm sobre a homossexualidade. Destaca-se aqui a ideia de patologização da homossexualidade, quer como distúrbio psicológico ou mesmo doença espiritual, adotada pelo grupo dissidente, liderado por Robinson Cavalcanti. Quanto à posição da Igreja Episcopal Anglicana do Brasil (Ieab), que parte de um discurso inclusivo, acredita-se que um estudo mais aprofundado seja necessário.

O estopim que levou a essa crise e ao consequente cisma da diocese foi o que o então bispo diocesano, Edward Robinson de Cavalcanti Barros, designava como “agenda liberal pró-gay”. No seu entendimento, o anglicanismo tradicional vinha sofrendo uma série de ataques por parte dos grupos liberais e “GLSBT” (*sic*), muitos deles influenciados e financiados por entidades ligadas a Episcopal Church in United States of America (ECUSA). Tudo isso pelo fato de há pelo menos duas décadas se ter aberto a discussão, no interior do anglicanismo, sobre a participação e aceitação de homossexuais

1. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Alagoas (PPGAS/Ufal). Email: wilton.silvarocha@outlook.com.

declarados na vida institucional da igreja como clérigos e, inclusive, a celebração do casamento homoafetivo (IGREJA EPISCOPAL ANGLICANA DO BRASIL, 2004)

No ano de 2003, repercutiram, em toda a Comunhão Anglicana, a sa-gração episcopal de um homossexual declarado nos EUA, Gene Robinson, e a elaboração de um rito de benção homoafetiva por uma diocese canadense em toda a Comunhão Anglicana. No caso brasileiro, a crise da Diocese Anglicana do Recife é o episódio mais relevante, não só nacionalmente, mas em termos de repercussão internacional. Esse cisma resultou, por um lado, na criação da Igreja Anglicana-Diocese do Recife, liderada pelos dissidentes sob a liderança de Robinson Cavalcanti, e a continuação da Diocese Anglicana do Recife, ligada a Ieab (SOARES, 2008).

Como já citado anteriormente, Robinson Cavalcanti, líder do grupo que se separou da Ieab, tem uma visão negativa sobre a atuação de homossexuais no interior da igreja e sobre a homossexualidade em geral. Sua postura, no que concerne à homossexualidade, que é seguida pelo seu grupo, apresenta a homossexualidade como doença que necessita de tratamento – quer psicológico, quer espiritual. Em sua obra *Sexualidade e Libertação*, originalmente publicada em 1989 e já em sua terceira edição inalterada em 2004, e em outros tantos artigos que circulam pela internet, em especial no *site* da Igreja Anglicana-Diocese do Recife (www.dar.org.br) e da revista *Ultimato* (www.ultimato.com.br), ele expressa esse ponto de vista. Para ele:

A leitura das Sagradas Escrituras nos leva a afirmar certos parâmetros básicos, [...], quanto à sexualidade. Diferentemente de meros costumes ou tradições, esses padrões quando rompidos, possuem uma dimensão patológica, de riscos, de danos, de negatividade, em si mesmos (CAVALCANTI, 2004, p. 26).

Assim, o referido bispo elenca uma lista de padrões de comportamento sexual que feririam essa ética cristã e que teriam uma dimensão patológica. Logo depois da necrofilia e da zoofilia, está o “homossexualismo”. Segundo Cavalcanti (2004, p. 27), “Deus destinou o ser humano à realização com o sexo oposto. O **homossexualismo**, ou atração pelo mesmo sexo, fere esse padrão.”

A fala de Robinson Cavalcanti caminha na direção clara de associar a homossexualidade a práticas classificadas como “outros transtornos da preferência sexual” (CID 10. F65.8), ainda que, desde pelo menos 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha tirado a homossexualidade dessa lista e o termo “homossexualismo” tenha sido superado.

A medicina e a psicanálise durante muito tempo consideraram a homossexualidade como doença, tanto que era tratada por “homossexualismo” em que o sufixo “ismo” conferia a ideia de doença, sendo, dessa forma, tratado como tal. Em 1975, foi inserido na Classificação Internacional das Doenças – CID, como sendo um transtorno sexual. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde – OMS publicou circular, informando que o “homossexualismo” deixava de ser uma doença, passando a ser considerado um desajustamento comportamental. Mas foi em 1995, que o “homossexualismo” deixou de ser considerado um distúrbio psicossocial e conseqüentemente deixou de constar no CID, sendo substituído o sufixo “ismo” pelo sufixo “dade”, que passou a significar “modo de ser”. (MOREIRA FILHO, MADRID, 2004, p. 3).

Assim, ainda que sem embasamento científico, para grupos conservadores, como o representado por Robinson Cavalcanti,

O homossexual é portador de sintomas de uma psique enferma. Homossexuais são dados à depressão e ao suicídio, são instáveis, inseguros e imaturos. Enfatiza-se uma representação patologizada das práticas homossexuais, articulada em torno das concepções de vício, compulsão e transtornos mentais (NATIVIDADE, 2005, p. 119).

A perspectiva patologizadora desse grupo religioso, tão presente em seu discurso, passa, muitas vezes, por um aparente cuidado para com o “doente”, visto também como doente espiritual. Logo, “a despeito de uma ênfase no discurso de *acolhida*, permanece a ideia de que tais práticas são *pecaminosas*.” (NATIVIDADE, 2005, p. 116). Assim, a cura do corpo passa pela cura da alma, pela transformação interior, por uma nova vida. “Vida nova” que nega, abafa e reprime a homossexualidade. Nessa perspectiva, a igreja não estaria de portas fechadas para os homossexuais, mas, antes, aberta para acolher esses pecadores amados por Deus, ainda que distantes dele por tão sério pecado!

METODOLOGIA

O presente trabalho conta basicamente com a revisão bibliográfica sobre os temas anglicanismo, homossexualidade, sexualidade, perspectivas pastorais de cura de “desvios sexuais” e cartas, documentos e artigos publicados pelos envolvidos integrantes duas comunidades religiosas – Ieab e Igreja Anglicana-Diocese do Recife –, especialmente desse último grupo, haja vista as falas de seu representante Robinson Cavalcanti, no sentido de tomar a homossexualidade como doença a ser tratada psicológica e espiritualmente.

Um futuro estudo de campo mais aprofundado ao longo do curso de Mestrado em Antropologia Social na Universidade Federal de Alagoas ajudará a melhor confrontar esses dados, podemos dizer teóricos, com a

prática e os discursos dos membros dessas duas comunidades religiosas da cidade do Recife.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O presente trabalho acredita ter demonstrado a posição patologizadora da homossexualidade pregada e apregoada pelo grupo então liderado por Robinson Cavalcanti. A crise e a divisão da Diocese Anglicana do Recife, para além das questões políticas, pessoais e quaisquer outras, trazem em seu interior uma visão ultraconservadora, preconceituosa, quiçá homofóbica sobre a orientação homossexual. A terminologia utilizada – “agenda liberal pró-gay”, “invertidos”, “homossexualismo”, “condutas patológicas”, dentre outras – mostra claramente a visão negativa, excludente, homofóbica para com os homossexuais.

Toda essa crise no anglicanismo, não só brasileiro, mas também internacional, mostra que a luta por direitos dos grupos LGBT – inclusive o direito a viver sua religiosidade de forma livre e sem enfurnar-se no “armário” – não aceita um discurso de palavras bonitas e ações, no mínimo, dúbias. O uso político que determinados grupos religiosos (e políticos) fazem da questão homossexual para se promover e angariar seguidores, como é o caso de Robinson Cavalcanti, mostra que a manutenção desse discurso defasado tem razões maiores que uma simples convicção ou fé. A patologização homossexual parece soar como autoafirmação da própria saúde, em quaisquer níveis, para esses grupos ultraconservadores.

Quanto ao discurso oficial da IEAB, que fala em inclusão e combate a qualquer forma de agressão pela questão sexual, apenas um estudo de caso de como esse discurso se faz presente na prática é que poderá chegar a uma conclusão.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. R. de C. **Sexualidade e Libertação**. 3. ed. São Paulo: Temática, 2004. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23482202/1952301346/name/CAVALCANTI_Libertacao+e+sexualidade.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

IGREJA EPISCOPAL ANGLICANA DO BRASIL. **Relatório da Comissão Especial da IEAB**. 2004. Disponível em: <http://www.ieab.org.br/documentos/rel_cesp_ieab.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

NATIVIDADE, M. Homossexualidade, gênero e cura em perspectivas pastorais evangélicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 115-223, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a06v2161.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MOREIRA FILHO, F. C.; MADRID, D. M. **Conceituando Homossexualidade**. Revistas Eletrônicas da Toledo Presidente Prudente. Vol. 4, n. 4. 2008. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1645/1568>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SOARES, A. A. A igreja anglicana e o conflito ritual a respeito da ordenação e casamento de homossexuais: leitura dos principais estágios desse Drama Social, através de Victor Turner. In: 26ª. REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 01 a 04 de junho de 2008, Porto Seguro, Bahia. **Anais...** Brasília, DF: ABA. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/foruns_de_pesquisa/trabalhos/FP%2006/aldenor%20alves%20soares.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

Palavras-chave: Anglicanismo; Homossexualidade; Diocese Anglicana do Recife; Dom Robinson Cavalcanti.

CLUBE DO CARIMBO: COMO A AIDS, E A CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VÍRUS HIV, RESSURTEM HOJE NA MÍDIA BRASILEIRA

Geissy Reis F. Oliveira¹

Mônica Franch²

INTRODUÇÃO

Nas duas primeiras décadas do surgimento da aids (1980 e 1990), a doença, até então acreditada como incurável e diretamente atrelada à ideia de morte, recebeu tratamento discriminatório e opressor. A aids se apresenta, então, no imaginário popular e na mídia como “o mal do século” e recebe, portanto, tratamento desumano, cheio de pânico e ódio, notado também no discurso médico e de autoridades do Direito. A doença foi apontada, nesse período, somente em grupos já vítimas de preconceito e exclusão: homossexuais, bissexuais, travestis, profissionais do sexo, haitianos e UDI (usuários de drogas injetáveis).

No entanto, Mott (2002) acreditava que, com o passar dos anos e a diminuição do estigma da aids, a mídia brasileira dispensaria respeito e dignidade ao tratar deste tema bastante delicado e carregado de pré-noções. No entanto, em março deste ano, o programa *Fantástico* da Rede Globo fez

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), financiado pelo CNPq.
E-mail: geissydosreis@hotmail.com

2. Departamento de Ciências Sociais/Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba (DCS/PPGA/PPGS/UFPB). E-mail: monicafanchg@gmail.com.

o oposto disso em matéria que foi ao ar na TV, na qual, de maneira rasa e estereotipada, foram expostas pessoas vivendo com HIV/aids que, segundo o programa “transmite o vírus da aids de propósito”. A matéria classificou estes sujeitos como “carimbadores” e os enquadrou no que preferiu chamar de “clube do carimbo”, num claro exercício de reduzir os portadores do vírus HIV a pessoas vingativas e imorais que, deliberadamente e sem consciência, transmitem o vírus a seus companheiros. Não por acaso, o programa defendeu claramente a criminalização da transmissão do vírus da aids, colocando os sujeitos entrevistados no lugar de criminosos, além de aludir constantemente à sua orientação sexual (todos os entrevistados são homens homossexuais).

O objetivo deste artigo é analisar como a aids vem sendo apresentada na mídia brasileira neste ano de 2015, com base em quase uma dezena de notícias divulgadas por periódicos nacionais, e, em que medida, a “aidsfobia” presente na reportagem do *Fantástico*, citada acima, motivou a abordagem destas notícias, bem como o clima de pânico na população. Propomo-nos, ainda, a relacionar a citada reportagem à aprovação do Projeto de Lei n. 198/2015, proposto pelo Deputado Pompeo de Mattos (PDT-RS), e apresentado à Câmara dos Deputados em 4 de fevereiro deste ano, que “Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS” e que, atualmente, encontra-se pronto para pauta no mesmo órgão. Deixamos claro que o acesso a essas matérias, bem como ao Projeto de Lei, se deu exclusivamente por meio da internet e, no caso do *Fantástico*, da televisão.

Queremos esclarecer que repudiamos a abordagem sensacionalista e preconceituosa presente na reportagem do *Fantástico* e nas demais notícias que ainda traremos, e nos opomos, também, à criminalização da transmissão do vírus HIV, que segundo a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), e demais movimentos sociais de HIV/aids no Brasil, só acar-

retará em mais prejuízos à população soropositiva, no que diz respeito ao estigma, à saúde e ao cuidado, à plena cidadania e liberdade sexual.

As notícias mais famosas sobre HIV/aids deste ano, no Brasil, foram publicadas do mês de fevereiro em diante, todas posteriores à apresentação do já citado Projeto de Lei, algumas, inclusive, anteriores à matéria elaborada e veiculada pelo *Fantástico*. Entre elas, notícias publicadas no *Estadão*: “Os homens que passam o HIV de propósito”³, “Transmissão proposital passa estritamente pelo prazer”⁴, “Transmitir propositalmente o HIV indica transtorno psiquiátrico”⁵. Em todas se vê inserido o estereótipo de que pessoas soropositivas são vingativas e de que a transmissão do vírus HIV é praticamente restrita a pessoas LGBT, principalmente homens homossexuais, e de que a transmissão só se dá em festas e meios LGBT. Podemos observar esse viés em duas das perguntas feitas pelo entrevistador para a segunda notícia, referida a um “promotor de festas de sexo”: “Você conhece o ‘Clube do Carimbo’ [...]?”, “É uma válvula de escape do soropositivo que se vê com raiva de estar contaminado e quer repassá-lo?”, a essa pergunta, responde o entrevistado: “Acho que existe um sentimento libertário, mas para muitas pessoas é um fetiche. Acho que essa é a palavra que resume essa prática.”

A reportagem do *Fantástico* sobre o “clube do carimbo” é tão condenável quanto as do referido jornal, não por reproduzir os mesmos preconceitos e estigmas, mas pelo trato recorrente da criminalização da transmissão do vírus HIV como solução para a diminuição do contágio. Não há preocupação com a saúde ou tratamento da população soropositiva, tão pouco aponta os

3. Ver “Os homens que passam o HIV de propósito”. *Estadão*, 22/fev./2015.

4. Ver “Transmissão proposital passa estritamente pelo prazer”. *Estadão*, 22/fev./2015.

5. Ver “Transmitir propositalmente o HIV indica transtorno psiquiátrico”. *Estadão*, 22/fev./2015.

avanços da saúde e dos movimentos sociais de HIV/aids em relação à doença. As perguntas do entrevistador, na reportagem, são diretas, feitas não para se aproximar dessa população e entendê-la nas suas particularidades e demandas, ou como pessoas, mas de modo a culpabilizar/criminalizar o entrevistado, tratado a todo instante como refém de sua condição sorológica positiva. O entrevistador faz, ainda, parecer bastante óbvio que é necessário se dizer soropositivo antes de uma relação sexual, culpabilizando somente a pessoa soropositiva pela possível transmissão do vírus HIV, além de não dar margem ao questionamento se, ao homem entrevistado, foi solicitada ou não sua sorologia.

A equipe do *Fantástico* alega, ainda, na reportagem, que manteve a identidade dos entrevistados preservada para evitar represálias/linchamentos, mas que “como se trata de um crime”, para a equipe, foram denunciados ao Ministério Público do Estado de São Paulo os dois homens entrevistados que afirmavam transmitir propositalmente o vírus HIV. Diante de tudo o que foi apresentado, acreditamos que tanto esta como as notícias veiculadas pelo Estadão, a julgar pela data em que foram divulgadas e, principalmente, pelo modo como apresentam as pessoas vivendo com aids, respondem ao que se convencionou chamar de “agendamento” midiático, ou seja, quando a mídia orchestra uma série de matérias com o propósito de influenciar a opinião pública numa determinada direção – no caso que nos ocupa, em favor da aprovação do projeto de lei que criminaliza a transmissão do HIV.

Os movimentos sociais de HIV/aids do Brasil – Abia⁶, Unaid⁷ e o Programa DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde – manifestaram-se, em nota de repúdio, contra a citada reportagem do *Fantástico* e as demais

6. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.

7. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

notícias veiculadas pela mídia brasileira, de mesmo teor, por acreditar que reforçam a “aidsfobia”, o “pânico moral” e os preconceitos de que é vítima a população soropositiva. E ainda afirmaram que: “é também um ‘desserviço’ para a população na construção de uma resposta eficaz à epidemia na medida em que desloca para os supostos ‘carimbadores’ a responsabilidade pela transmissão entre jovens gays.” (GUIMARÃES, 2011)⁸. Sobre esta responsabilização, o Programa DST, AIDS e Hepatites Virais argumenta: “O sexo desprotegido não é uma prática limitada às populações gays evidentemente [...] segundo a PCAP, entre as mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 resultou de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV.” Todas as três entidades entendem que não é papel da mídia a condenação ou reprodução de preconceitos, uma vez que só atrapalham e causam danos aos sujeitos em questão, e aos processos que em si já são difíceis, como o tratamento das pessoas vivendo com aids, e a conscientização da população em geral sobre o tema.

Outros periódicos no Brasil lançaram notícias também sensacionalistas, com raras exceções, sobre HIV/aids, após a reportagem do *Fantástico*, o que dá a entender uma correlação. Em João Pessoa – PB, o *Jornal da Paraíba* publica a seguinte notícia, no dia 24 de março de 2015, “Portadores de HIV usam seringa para ‘carimbar’ vítimas em João Pessoa”, citando a matéria do *Fantástico* como fonte para apresentar os “carimbadores”: “grupos que estavam compartilhando o vírus propositalmente”. A *Gazeta Digital* e o *R7 Notícias* veicularam, respectivamente, as matérias, respectivamente “Clube do carimbo do HIV, uma moda que pode custar a vida” e “Clube do carimbo”. A notícia da *Gazeta Digital*⁹, tal como as demais matérias,

8. Publicação que integra a Coleção Abia voltada para Cidadania e Direitos.

9. Ver “Clube do carimbo do HIV, uma moda que pode custar a vida”. *Gazeta Digital*, 08/jun./2015.

reforçam a “aidsfobia” ao afirmar, entre outras coisas, que a aids “Não tem cura”, ignorando os avanços feitos, inclusive os que são apresentados pela Abia¹⁰, como a expectativa de uma pessoa vivendo com aids, que, hoje, gira em torno de 17 anos, e que a pessoa soropositiva que faz o tratamento antirretroviral diminui, em muito, as chances de transmitir o vírus. Também são ignorados tais dados na notícia do R7¹¹: “Mais de 30 anos depois do descobrimento do HIV, ainda não descobrimos a cura”, que insiste em não contribuir com as pessoas soropositivas e dá o mesmo tratamento preconceituoso de quando a aids virara matéria no Brasil, em seus primeiros anos. O que pode ser facilmente constatado no trecho que segue desta mesma matéria: “Pessoas infectadas mostram-se dispostas a repassar o vírus, fazem festas e encontros casuais para contaminar as outras sem consentimento delas. Esse grupo é conhecido como ‘carimbadores’ e é majoritariamente composto por homossexuais.” Desde que a aids surgiu no Brasil, a imprensa brasileira, segundo Mott (2002), não vem retratando somente questões sociais, de saúde pública, e outras, mas vem, também, refletindo medos e preconceitos comuns à população.

Este artigo é produto do projeto de pesquisa: *A criminalização da transmissão do HIV – Uma abordagem antropológica na perspectiva do direito e de casais que vivem e convivem com o vírus*, de Mónica Franch, que discute, entre tantas questões, a criminalização da transmissão do vírus HIV, compreendendo-a nos diversos lugares sociais que ocupa, e entendendo que, em seu lugar, cabem diversas outras políticas que acreditamos, de fato, diminuir a transmissão do vírus, além de garantir os direitos à saúde, bem-estar e cidadania, entre outros, das pessoas vivendo com HIV/aids.

10. Referimo-nos aqui a Guimarães (2011).

11. Ver “Clube do carimbo”. R7, 24/mar./2015.

Esperamos, como Mott (2002), que os movimentos sociais e as organizações públicas desenvolvam ações no enfrentamento e combate ao desrespeito e desconhecimento de que é alvo a população soropositiva, como aqui assinalamos.

REFERÊNCIAS

MOTT, L. A transmissão dolosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira. **Impulso**, Piracicaba, v. 13, n. 32, p. 152-174, 2002.

FRANCH, M. et al. **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Manufatura, 2011.

GUIMARÃES, M. **HIV/AIDS não é sentença de morte**: uma análise crítica sobre a tendência à criminalização da exposição sexual e transmissão sexual do HIV no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

Palavras-chave: Aids; Criminalização da transmissão do HIV; Mídia.

GT3: DISCURSO BIOMÉDICO, GENÉTICA E BIOTECNOLOGIA

Coordenadoras:

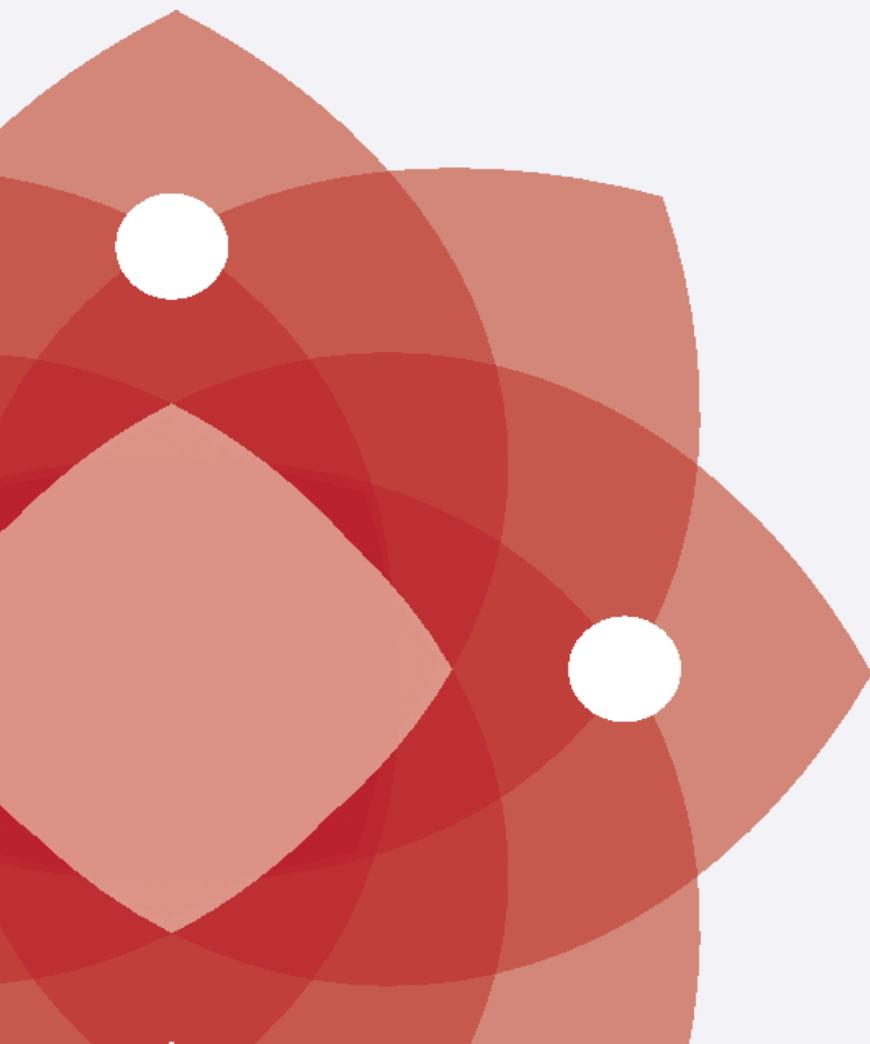
Débora Allebrandt (PPGAS/UFAL)

Ednalva Maciel Neves (PPGA/UFPB)

Debatedoras:

Ana Cláudia Rodrigues (UFPE/FAGES)

Roberta Reis Grudzinski (PPGAS/UFRGS)



A GENÉTICA MÉDICA NA PARAÍBA

Anatil Maux¹

Ednalva Maciel Neves²

INTRODUÇÃO

Este texto apresenta as atividades de pesquisa realizadas a partir do plano de trabalho *O desenvolvimento da genética na Paraíba*, desenvolvido no Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba (Pibic/UFPB). Nele, abordo a temática do desenvolvimento da genética no estado da Paraíba, pensada enquanto uma disciplina que se torna relevante no contexto contemporâneo, vinculada às questões relacionadas à articulação entre medicina, ciência e adoecimento. Tal concepção decorre do fato de que, desde o Projeto Genoma Humano (PGH), surgido nos anos de 1970/1980, a genética, de modo geral, tem se fundamentado como um conhecimento que oferece uma outra interpretação para o adoecimento em saúde, constituindo-se como referência no conjunto de técnicas e práticas de predição, apesar das dificuldades que existem no caminho entre a pesquisa e a aplicação da tecnologia. Ou seja, a genética possui o potencial de mobilizar questões sociais, políticas e institucionais em diversas esferas da vida cotidiana. Podemos dizer que se trata de uma ampliação do âmbito de atuação da prática médica, atingindo familiares e descendentes – além do indivíduo –, assumindo uma perspectiva temporal no que se refere a uma racionalidade voltada à antecipação do adoecimento.

1. Graduanda de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista PIBIC/CNPq. Email: anatil_@hotmail.com.

2. Professora de Antropologia no Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Email: ednmneves@gmail.com.

O adoecimento genético expõe experiências contemporâneas do indivíduo que nem sempre apresenta sinais de adoecimento físico, como no caso dos portadores do traço falciforme³. Por outro lado, o adoecimento está envolto em categorias sociais problemáticas como a noção de “raça” e as discriminações sociais sobre uma população atingida por diferentes níveis de vulnerabilidade. No entanto, a medicina preditiva agrega um conjunto de técnicas de predição, baseada na apropriação da genética pelo campo da medicina, tomada como elemento diferenciador e renovador das práticas médicas. Isto é, a habilidade de fazer predições quanto à possibilidade de um indivíduo desenvolver uma enfermidade de base genética, no futuro. É a mensuração, através de testes genéticos, da predisposição deste indivíduo e, talvez, de seus familiares para tal tipo de adoecimento (ASTONI JR; IANNOTTI, 2010). Neste caso, impulsionando não só novas práticas profissionais, mas também comportamentos sociais (LÖWY, 2011).

O tema nos propõe uma reflexão acerca da atualidade do conceito de biopoder, tal como proposto por Rabinow e Rose (2006). Na medida em que o fenômeno permite vislumbrar os três processos de investigação sobre essas relações de poder em seu pleno exercício: os discursos de verdade sobre a natureza vital – intimidade gênica do indivíduo –, outro relativo às estratégias de intervenção centradas sobre o indivíduo, mas que desencadeiam fenômenos coletivos e, por fim, os processos de subjetivação do risco como uma propriedade da família ou do indivíduo, incluindo o processo de integração de pessoas atingidas pela Doença Falciforme (DF).

3. O traço falciforme não é descrito como uma doença genética (GUEDES; DINIZ, 2007). Apenas indica a presença da “hemoglobina S” em combinação com a “hemoglobina A”, o que resulta na “hemoglobina do tipo AS” (LOBO et al., 2003; ROCHA, 2004). Um casal com traço falciforme tem 25% de chances de ter um futuro filho com anemia falciforme.

A relevância da pesquisa está, portanto, em discutir a ciência e suas especificidades, considerando o atual cenário de cuidados em saúde, envolvendo práticas de pesquisa e práticas de saúde expressas em termos de diagnósticos, intervenção/aconselhamento genético e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doenças genéticas. Além disso, sua importância está relacionada à inclusão da produção de conhecimento e formação de recursos humanos. No âmbito da produção de conhecimento, busca-se contribuir com o debate contemporâneo acerca do desenvolvimento de novas práticas e comportamentos em saúde, explorando o contexto do estado da Paraíba como *locus* de apropriação de inovações genéticas e de novas demandas em saúde. Cabe acrescentar que esta contribuição está fundamentada em aspectos históricos relativos à formação do campo da genética no estado e seus principais domínios de atuação.

O objetivo principal foi entender este domínio de conhecimento da genética na sua relação com a biomedicina, especificamente no arranjo entre saúde e adoecimento, buscando compreender o desenvolvimento da genética no estado da Paraíba, assim como as práticas profissionais que caracterizam o exercício desta ciência no contexto local.

A pesquisa é de natureza qualitativa, iniciando com a incorporação de leituras da área e revisão bibliográfica sistematizada, coleta de informações documentais voltadas para o mapeamento dos professores e profissionais em genética médica, bem como a realização de quatro entrevistas semiestruturadas com profissionais/professores e pesquisadores de genética.

O campo de atuação da genética médica, pensada enquanto disciplina vinculada às questões relacionadas à medicina, ciência e ao adoecimento, constitui-se como um campo *up*. Este termo foi proposto por Nader (1969) para consolidar e categorizar um campo que se firma a partir de instituições, grupos sociais e práticas que reproduzem relações de dominação determinadas socialmente.

Em termos gerais, a genética médica como especialidade da medicina se constitui, de maneira não sistematizada, no estado da Paraíba principalmente no âmbito do Ensino Superior, dialogando – apresentando limitações – com a pesquisa laboratorial vinculada, em parte, a outros estados da federação. Os profissionais envolvidos nessa prática vieram por meio de outras especialidades médicas como a pediatria e a hematologia, sendo este um modelo de formação que ainda não é muito vislumbrado no cenário em saúde, por não existir muitos profissionais que atuam na área de genética, geralmente sob a influência de algum profissional/pesquisador, ou por motivos de insatisfação com o cenário de cuidado em saúde, na busca de mudar a *história natural* do acompanhamento em doentes congênitos. Os atores de referência do campo estão inseridos na prática clínica da genética proporcionada pelo sistema público (Sistema Único de Saúde) e pela rede privada – através de seguros de saúde e consultórios médicos. As experiências de atenção primária em genética são ainda limitadas. No sistema público, concentra-se em serviços nas instituições universitárias, incluindo hospitais universitários, departamentos e institutos de genética. As unidades de cuidado se caracterizam como serviços, núcleos, ambulatórios, laboratórios, grupos de genética e/ou aconselhamento genético. Ocorre que uma especificidade – a consanguinidade – do estado da Paraíba deságua em uma maior demanda de geneticistas, principalmente no interior do estado, aumentando os casos de defeitos congênitos. Quanto ao aconselhamento genético, o hemocentro oferece cuidado para alguns indivíduos, tais como: confirmação do diagnóstico, cuidado aos doentes adultos e suas famílias. Mas muito pouco se sabe sobre como se dá a prática do aconselhamento oferecido por alguns poucos profissionais que fornecem cuidado aos adoecidos.

Esta pesquisa demonstra, portanto, o quanto a genética se torna especialidade importante na configuração contemporânea do adoecimento genético do estado da Paraíba de maneira a compreender como essa práti-

ca contribui para a formação de conhecimento além das novas técnicas de cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- ASTONI JR, Í. M. B.; IANNOTTI, G. de C. Ética e medicina preditiva. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 10, sup. 2, p. 5377-538, dez. 2010.
- GUEDES, C.; DINIZ, D. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. **PHYSIS**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 501-520, 2007.
- LOBO, C. et al. Triagem neonatal para hemoglobinopatias no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, v. 13, n. 2/3, p. 154-159, 2003.
- LÖWY, I. Detectando más-formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 103-125, jan./jun., 2011.
- NADER, L. Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. In: HYMES, D. (Ed.). **Reinventing Anthropology**. New York: Vintage Books, 1969. p. 284-311.
- NEVES, E. M. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís/Brasil: Ed. da UFMA, 2008.
- _____. **Para pensar a desigualdade em saúde: apontamentos sobre adoecimento e cuidado em genética médica no Sistema Único de Saúde, Brasil**. 2015. In: SIMPÓSIO “DIREITO E SAÚDE: DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES LATINOAMERICANOS, Chile, oct. 2015.
- _____. Medicina e adoecimento genético: estudo sobre o desenvolvimento da genética e anemia falciforme na Paraíba, Brasil. **Projeto de Pesquisa - PIBIC/CNPq/UFPB/PRPG/GRUPESSC**, João Pessoa, maio 2014.
- RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.
- RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- ROCHA, H. **Anemia falciforme**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- SARTI, C. Corpo e doença no transito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 74, p. 77-90, out. 2010.

Palavras-chave: Genética; Antropologia da saúde; Cuidados em saúde.

O DISCURSO DA TECNOLOGIA E DO JUDICIÁRIO NA PROGRAMAÇÃO DE UM CORPO PERFEITO

Filipe Lins dos Santos¹

OBJETIVO

A biotecnologia e o judiciário também são fatores sociais que emitem discursos e constroem a noção de corpo no meio comunitário. Diante disso, o presente estudo se propõe a demonstrar como a biotecnologia e o poder judiciário podem ser instrumentos discursivos na construção de um novo indivíduo para a sociedade, a partir da flexibilização e mutabilidade de conceitos sociais como corpo, pessoa, personalidade e identidade, assim como a biotecnologia e a justiça podem elaborar geneticamente um corpo programado para nascer, e, por conseguinte, revelar uma segregação gênica por meio de uma eugenia no nível genético.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo na vertente jurídico-sociológica, desenvolvido mediante investigação bibliográfica, com o propósito de realizar uma análise crítica dos direitos humanos, a fim de mostrar como o direito dispôs regulamentos diretos ou indiretos sobre o corpo do indivíduo, a partir dos estudos de autores como Habermas, Rabinow e Rose, sobre práticas eugênicas, biossociabilidade e cidadania biológica, respectivamente.

1. Graduado em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: filipelins2000@yahoo.com.br

Outrossim, o presente estudo pauta-se numa análise crítica de julgado na Corte Francesa, onde a discussão da vida e a indenização por danos morais foram argumentos jurídicos que demonstram uma forma de regulação do corpo por meio do direito, trazendo à tona a discussão sobre como o direito serve de instrumento para uma política do corpo.

RESULTADOS

O corpo humano não possui apenas funções biológicas, mas revela um conjunto de discursos e símbolos forjados no seio social, sendo tais elementos oriundos de processos de relações comunitárias, nas quais os indivíduos estão envolvidos. Nesse sentido, pode-se observar que o corpo não é simplesmente um objeto, mas um instrumento de diálogo discursivo que interage dialeticamente com outros sujeitos.

Destarte, deve-se destacar que no corpo “[...] os humanos moldam o seu mundo a substância original a partir da qual o mundo é moldado” (ALMEIDA, 2004, p. 4). Essa inscrição no corpo das dinâmicas societárias não surge de um vazio, mas da dialética do sujeito com seu meio.

Assim, debater sobre o corpo é importante, porque ele é um lugar de singularidade do sujeito social, sendo atribuída a ele, por meio das representações sociais, uma posição determinada no seio do simbolismo. Logo, o corpo é uma construção simbólica e não uma realidade em si, portanto, nunca é um dado indiscutível, mas o efeito de uma construção social e cultural (BRETON, 2011, p. 11, 17 e 18).

Afinal, o corpo reflete um processo de construção dialética do sujeito com o mundo que o cerca, por conseguinte não se trata de projeção social no sujeito, mas uma interação indivíduo e sociedade na composição de um corpo individual, pois

[...] meu corpo conta-se entre as coisas, é uma delas, está preso no tecido do mundo, e sua coesão é a de uma coisa [...] ele mantém as coisas em círculo a seu redor, elas são um anexo ou um prolongamento dele mesmo, estão incrustadas em sua carne, fazem parte de sua definição [...] (PONTY, 1961, p. 17).

Por outro lado, pensar o corpo no nível genético é incorporar outras discussões e categorias como cidadania biológica, eugenia e biossocialibidade. Sobre biossociabilidade, percebe-se o fenômeno no qual se observa uma nova rede de circulação de identidades e lugares de restrição viabilizando a autoprodução dos sujeitos. Na biossociabilidade, novas identidades e práticas individuais e grupais são formadas, tendo em comum o mapa genético como fundamental para a união dos seres em torno de um destino geneticamente fundado e supostamente previsível (VILAÇA; PALMA, 2011, p. 825).

A existência desta biossociabilidade permite inferir a presença de uma biologização da política, configurando uma cidadania biológica usada para abarcar todos aqueles projetos de cidadania ligados à própria concepção de cidadão e daquele que realmente faz parte ou deve ser inserido no meio comunitário (ROSE, 2013, p. 189).

Essa ideia de cidadania biológica viabiliza compreender a normatização do corpo sobre a fase anterior a sua própria formação, bem como a relação entre as categorias sociais na elaboração de um sujeito pré-criado. Igualmente, depreende-se que a política do corpo atingiu o nível genético, interferindo na fase de individualização do sujeito, antes mesmo dele nascer.

A política da vida no nível genético traz diversos debates sobre a presença ou não de eugenia. Habermas discute que a tecnologia pode se revelar como um instrumento eugênico, pois nessa preparação do indivíduo tem-se um ser previamente social construído com características inerentes a ele como o corpo, vida e morte. Logo,

[...] na medida que o indivíduo em crescimento, manipulado de forma eugênica, descobre seu corpo vivo como algo fabricado, a perspectiva do participante da “vida vivida” colide com a perspectiva reitificante dos produtores e dos artesãos”. É nesse cenário “que os pais tomam a decisão sem supor um consenso e somente em função de suas próprias preferências, como se dispusessem de uma coisa (HABERMAS, 2004, p. 71).

Essas reflexões teóricas são fundamentais para contextualização filosófica e para compreender a conjuntura que cerca o caso julgado pela França, no qual se discutia juridicamente uma indenização por danos morais pelo nascimento com vida de uma criança com deficiências físicas.

O mencionado caso trata da história de Nicolas, um jovem de 17 anos, filho de Josette e Christian. O filho e os pais processaram, em conjunto, os médicos que cuidaram do pré-natal de Josette, porque durante a gravidez não foi realizado o aborto de Nicolas.

O motivo do aborto seria o fato de a mãe ter adquirido rubéola durante a gravidez, o que ocasionou na perda da audição, parte da visão e retardo mental de Nicolas. Os pais, no primeiro grau da Justiça Francesa, conseguiram uma indenização dos médicos que não souberam lidar com a possibilidade de deficiências no embrião ao nascer.

Entretanto, o caso ganhou repercussão, porque Nicolas também foi indenizado pelos médicos, por ter sofrido danos e não ter sido abortado. Essa foi a compreensão do Supremo Tribunal Francês ao conceber o nascimento de Nicolas como ilegal, fundamentando sua decisão na ausência de informações à mãe sobre a faculdade de abortar a criança, portanto Nicolas “[...] pode exigir uma compensação pelos danos que resultam de sua deficiência” (CNN PARIS, 2000, [s.p.]).

O fato provocou reclamações por parte do Ministério Público Francês ao alegar que essa decisão permite que o considerado “nascimento ilegal”

pudesse gerar indenizações futuras de médicos aos seus pacientes e filhos dos pacientes por não terem sido abortados, assim como a possibilidade de os filhos obterem indenizações de seus pais por não terem sido abortados durante a gestação. O fim dessa discussão culminou com a criação de uma Lei específica, dois anos após a referida decisão, na qual há o impedimento de pessoa com deficiência requerer indenização pelo não abortamento durante a gestação da sua mãe.

Deve-se enfatizar que essa realidade constrói também a nossa própria definição de sujeito no interior do meio comunitário, bem como expõe a maneira como percebemos o próximo na sociedade. Portanto, está-se diante de uma segregação não mais racial ou econômica, mas genética, caracterizada pela seletividade e aperfeiçoamento genético de um ser quando é programado para nascer dentro de um padrão previamente estabelecido de corpo e pessoa.

Nesse sentido, depreende-se, ao retomar os casos discutidos, que o Poder Judiciário atua numa eugenia liberal ao regular sobre a viabilidade de indenização pelo nascimento frustrado de um indivíduo que poderia ser previamente escolhido ou não para nascer a depender das suas características corpóreas.

Desse modo, revela-se um pensamento eugênico e liberal pautado na ideia de um aperfeiçoamento genético, no qual, socialmente, a importância de um corpo perfeito corresponde à seletividade genética programada e revela uma segregação gênica subjetiva na qual o Direito e o Estado lidam com esses dilemas no âmbito público e privado, simultaneamente.

Diante disso, em nome dessa regulação subjetiva social, é possível a seleção e exclusão genética dos indesejáveis socialmente, pois essa exclusão genética revela uma construção natural dessa imperfeição como um erro, sendo esses elementos facilmente perceptíveis, nos casos em estudo, nas expressões utilizadas pelos juízes em “nascimento ilegal” e “nascimento equivocado”.

Assim, percebe-se que as decisões judiciais refletem uma dialética social do biopoder sobre os indivíduos resultando no fortalecimento de estruturas eugênicas na sociedade que se pauta na seleção genética dos seres humanos.

CONCLUSÃO

Inferre-se que o corpo, pessoa, personalidade e sujeito são conceitos abertos e não podem ser definidos como algo estático, mas apresentam uma dinamicidade oriunda dos contextos políticos, sociais, econômicos, históricos e jurídicos. Dessa maneira, atualmente, com os avanços tecnológicos e com a possibilidade do aperfeiçoamento genético, torna-se possível a elaboração e construção prévia de um corpo. Nesse instante, têm-se novos elementos que vão passar a definir os corpos, sujeitos e pessoas no meio social.

Por outro lado, nos Estados Democráticos de Direito pautados na supremacia dos direitos humanos, também é viável a pré-formatação de corpos e sua respectiva definição, a partir de um retorno a características eugênicas existentes na programação do indivíduo ao nascer.

Essa realidade é observada no caso mencionado na França, revelando que o Poder Judiciário e a Tecnologia estão dentro do cenário dos direitos humanos, produzindo discursos que refletem uma política no nível genético sobre os indivíduos, por meio de uma segregação gênica tutelada pelos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. de. O corpo na Teoria Antropológica. **Revista de Comunicação e Linguagens**, Lisboa, v. 33, p. 49-66, 2004.
- CNN PARIS. **Supremo Tribunal francês reconhece direitos de quem nasce com deficiências**. 18 de novembro, 2000. Disponível em: <http://www1.unimed.com.br/nacional/bom_dia/saude_destaque.asp?nt=10159> Acesso em: 04 ago. 2015.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

PONTY, M. M. **O olho e o espírito**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulos, 2013.

VILAÇA, M. M.; PALMA, A. A nova genética para além da gestão de riscos e promoção da saúde: prolegômenos ao conceito de *Biodesign*. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 813-832, 2011.

Palavras-chave: Vida; Indenização; Eugenia; Segregação gênica; Corpo.

PESQUISA CLÍNICA E O SISTEMA CEP/CONEP: QUAIS AS LIÇÕES QUE TIRAMOS ACERCA DO DEBATE EM TORNO DA REGULAMENTAÇÃO DA ÉTICA EM PESQUISA CLÍNICA EM SERES HUMANOS?

Roberta Reis Grudzinski¹

OBJETO E OBJETIVOS

Este trabalho procura apresentar contornos do corrente debate protagonizado por membros do Estado, de instituições científicas e da sociedade acerca do processo de aprovação e regulamentação de pesquisas clínicas em seres humanos no Brasil. No curso de minha pesquisa de doutorado, na qual procuro analisar o processo de implantação da política nacional de doenças raras, deparei-me com questões que atravessam o atual sistema de regulamentação da ética em pesquisa clínica com seres humanos no Brasil e que engajam atores do campo das doenças raras. Procuro, ao trazer as variadas perspectivas desse debate, apresentar como a ética é acessada e significada, e como, a partir de tais perspectivas, são definidas as questões acerca da pesquisa clínica, do desenvolvimento científico e acesso e tratamento de saúde.

METODOLOGIA

As posições que vou apresentar aqui foram observadas em dois encontros que debatiam doenças raras dos quais participei como ouvinte e coletadas em

1. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS) - financiado pelo CNPq. E-mail: roberta.grudzinski@gmail.com.

grupos de discussão sobre pesquisa clínica e doenças raras que acompanho no Facebook², além de matérias, artigos científicos e entrevistas com atores do campo da pesquisa e regulamentação ética publicadas na imprensa.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

No Brasil, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466/2012), de 12 de dezembro de 2012, estabelece os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisa, comunidade científica e ao Estado na condução de pesquisas em seres humanos. Tal regulamentação é resultante da revisão da Resolução n. 196/96. Entretanto, mesmo após consulta pública de seu conteúdo, membros da comunidade científica reclamam que a nova resolução foi publicada sem contemplar mudanças solicitadas, principalmente no que se refere às responsabilidades do pesquisador e no que diz respeito ao fornecimento por toda a vida de tratamento integral aos participantes, inviabilizando, em muitos casos, o desenvolvimento de estudos de iniciativa do pesquisador (FEDERHEN et al., 2014, p. 18-19). Junto disso há a queixa de que a Resolução n. 466/2012 não deixa claro qual é o limite da responsabilidade do patrocinador no que se refere à assistência relacionada à pesquisa e o que fica a cargo do sistema de saúde.

Os encontros observados mostraram ser importante fórum para a reflexão sobre como os atores diretamente envolvidos com pesquisas clínicas – pesquisadores, indústria farmacêutica, associações de pacientes – pensam a regulamentação ética. Houve muitas críticas ao “excesso de burocracia presente nas resoluções sobre pesquisa em seres humanos da CONEP

2. Os grupos de discussão no quais concentrei minha atenção durante os últimos dois semestres foram: Afag – Associação de Familiares, amigos e portadores de doenças graves, Sbppc Pesquisa Clínica, Rede Raras – observatório de Doenças Raras, APMPS – Doenças Raras.

(Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)”. Essas críticas dirigiram-se em particular à “morosidade” das decisões tomadas pelo CONEP, e também a certas especificidades relativas ao número de “sujeitos” participantes das pesquisas. Em se tratando de doenças raras, as pesquisas projetadas não contam com um número expressivo de sujeitos de pesquisa. Para que a política nacional contemple uma grande gama de doenças raras, novos protocolos de atendimento e diagnóstico têm de ser formulados, e tais protocolos são formulados a partir dessas pesquisas clínicas. Ou seja, o que esses palestrantes reivindicavam, naquele momento, era uma regulação específica de pesquisa em seres humanos afetados por doenças raras.

Acho interessante que o argumento principal para a celeridade dos processos de aprovação e regulação dos ensaios clínicos tanto para doenças raras como outras doenças graves passa por dois eixos principais: (a) a oportunidade de o paciente experimentar um tratamento inédito para sua doença e (b) o desenvolvimento técnico-científico dos pesquisadores e das instituições de pesquisa brasileiras.

Vemos nesse debate também algo bastante interessante: há grande resistência da própria área médica e dos pacientes com relação ao sistema CEP/CONEP. Constata-se, então, que as críticas direcionadas ao sistema vêm tanto dos sujeitos que o sistema procura proteger quando dos pesquisadores e cientistas oriundos das mesmas áreas de formação dos profissionais que estruturaram a regulamentação ética vigente.

O cenário acima apresentado, como se percebe, é bastante complexo e representativo de variados arranjos na relação entre ciência, Estado e sociedade.

A proposta do trabalho foi então a de mostrar a diversidade de posturas e a complexidade desse debate acerca da ética em pesquisas, tratando tais modelos e propostas como parte de um todo social e historicamente situado.

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. O Direito à Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral aos Portadores de Doenças Raras no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, supl. 1, 2014.

FASSIN, D. Toward a critical moral anthropology. In: FASSIN, Didier (org.). **A companion to moral anthropology**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

_____. The end of ethnography as collateral damage of ethical regulation? **American Ethnologist**, v. 33, n. 4, p. 522-524, 2006.

FEDERHEN, A. et al. Pesquisa Clínica e Doenças Raras: a situação no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Supl. 1, p. 17-23, 2014.

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

Palavras-chave: Regulamentação ética; Pesquisa clínica; Doenças raras; Saúde.

APONTAMENTOS SOBRE ESTUDOS SOCIAIS EM SAÚDE: OS “SENTIDOS” NA PESQUISA EM SAÚDE E SOCIEDADE

Teógenes Luiz Silva da Costa¹

INTRODUÇÃO

As Ciências Sociais, e em especial a Antropologia, estabeleceram, há algum tempo, suas bases teóricas, algo observável pelo amplo espectro da realidade social que toma para análise. Exemplo disso é a relação saúde/doença, uma parte da realidade social que, desde longa data, desperta o interesse dos pesquisadores sociais.

O presente texto, parte componente da tese de doutoramento deste pesquisador, intenciona discutir, do ponto de vista teórico, os meandros da produção de teorias sociais que abordam problemáticas que envolvem a relação entre saúde e sociedade. Serão trazidos para o debate os textos e pesquisas de autores que tematizaram a problemática anteriormente apontada, com a finalidade de construir uma “história” das pesquisas em saúde e sociedade.

Intenciona-se apontar que, desde Marcel Mauss – com sua pesquisa sobre as técnicas de uso do corpo, bem como outro texto basilar, a saber, o estudo sobre a “morte social”, passando por Ludwik Fleck e George Canguihem e suas respectivas análises epistemológicas sobre a produção de fatos científicos, Foucault e suas pesquisas sobre a relação entre o saber médico

1. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade federal do Ceará (PPGS/UFC - Bolsista Capes). E-mail: teogeneslsc@yahoo.com.br.

e a política, entre outros, os pesquisadores sociais se interessam por problematizar a dimensão social da saúde.

No intuito de buscar compreender quais as origens das pesquisas sociais em saúde, faz-se necessário tentar identificar quais domínios teóricos foram os “vanguardistas”, responsáveis por problematizarem a saúde coletiva do ponto de vista científico, ou seja, realizar uma pequena história social dos estudos relativos aos processos saúde/doença. Quem foram os cientistas pioneiros, os ligados às Ciências Sociais (sociólogos, antropólogos, dentre outros) ou os próprios profissionais da área médica? Na tentativa de se posicionar em relação a tal questão, Herzlich (2005, p. 194) expõe:

Foram os médicos os primeiros a se interessarem por essa questão: eles enunciaram um discurso sobre o social antes da constituição das ciências sociais. A partir do final do século XVIII, na França, Cabanis sustenta o projeto de uma ciência do homem que vai da psicologia à moral. No século XIX, os higienistas, como Villermé, fazem investigações que prefiguram os trabalhos da sociologia empírica. Eles estudam os elos entre a pobreza, em particular aquela que é engendrada pela industrialização e a urbanização, e a saúde. Eles também reivindicam um papel político para a medicina. Em 1829, o primeiro número da revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale (Anais de higiene pública e de medicina legal)* proclama: “A medicina não tem unicamente por objeto estudar e curar as doenças; ela tem relações estreitas com a organização social. Por vezes ela ajuda o legislador na elaboração das leis; amiúde ela esclarece o magistrado no tocante à sua aplicação”.

Como mostra este autor, pode ter sido a Medicina que primeiramente colocou a problemática em torno da dimensão humana e social da vida e dos processos saúde/doença. É possível que o motivo para isso seja o fato de que as Ciências Sociais ainda não eram disciplinas constituídas até meados do século XIX. No entanto, não há concordância em relação a este posi-

cionamento, pois apontar a necessidade de voltar a atenção aos problemas sociais relativos aos processos saúde/doença não significa tê-los pesquisado, algo que ocorre apenas em meados do século XX, com autores como Fleck, Canguilhem e Foucault, por exemplo.

Aqui no Brasil, segundo Witter (2005) e Nunes (1992), são os cientistas sociais, principalmente antropólogos, que iniciam pesquisas sistemáticas tendo os domínios das curas como objeto de pesquisa. Witter lembra ainda que:

Na primeira metade do século XX, vários estudiosos, que se dedicaram ao estudo do folclore brasileiro, começaram a se interessar em coletar informações e compreender as raízes culturais em que se baseavam as práticas de cura populares. É o caso de trabalhos como os de Câmara Cascudo, provavelmente o mais influente destes autores, ou Oswaldo Cabral, que se centraram no recolhimento de curiosidades acerca do folclore popular da cura e da doença, ou ainda de Alceu Maynard de Araújo, cuja influência, recebida da antropologia norte-americana, fez com que buscasse compreender a lógica de pensamento de curandeiros e seus clientes em uma região distante dos grandes centros do país (WITTER, 2005, p. 15).

O estudo realizado por aquela pesquisadora é de importância ímpar para compreendermos o que pensavam os primeiros teóricos que tematizaram a problemática em torno da saúde pública nacional.

Os pesquisadores sociais em saúde, até meados do século XX, acreditavam que a difusão de práticas de cura não biomédicas, ou seja, não científicas, era amparada pelo Estado brasileiro em razão de a estrutura da medicina científica nacional ser ainda bastante incipiente até fins do século XIX. Os historiadores, que na década de 1990 começam a desenvolver um projeto de “confecção” da história da Medicina no Brasil, lançaram as seguintes teorias sobre a questão:

Em primeiro, a ideia de que, ao longo dos três primeiros séculos da história do Brasil, apenas uma tênue fronteira distanciava o saber médico oficial dos saberes populares. Em segundo, existência de conflitos não apenas entre a medicina e suas concorrentes populares, mas entre os próprios médicos acadêmicos e as teorias explicativas da doença e das terapias que utilizavam, daí o uso do termo “medicinas”. Em terceiro, a ideia de que medicina e magia permaneceram associadas para uma boa parte da população brasileira, influenciando as escolhas terapêuticas e a busca de curadores – médicos ou curandeiros – até meados do século XX (WITTER, 2005, p. 17).

Assim, apesar de a medicina científica no País existir desde meados do Segundo Império, a Biomedicina² ainda não havia conquistado prestígio e legitimidade social. Eram os curandeiros e feiticeiros os sujeitos procurados para tratar as enfermidades da população, como fica claro nos trabalhos historiográficos. Vale salientar que, além dos pesquisadores das ciências humanas, havia estudiosos ligados à própria medicina social que desenvolveram e desenvolvem estudos sobre a dimensão social da relação saúde/doença, a exemplo de Fleck e Canguilhem.

METODOLOGIA

Neste espaço, a partir do ponto de vista dos estudos desenvolvidos por este autor, apresenta-se “caminhos” e “problemas” teórico-metodológicos com os quais se deparam os pesquisadores que analisam questões ligadas à saúde.

2. No presente escrito, compreendem-se como sinônimos os termos “Medicina Científica” e “Biomedicina”. Usando as palavras de Camargo Jr. ((2005, p. 178), “A opção por esta última denominação deve-se, além de sua maior concisão, ao fato de esta refletir mais adequadamente a vinculação dessa racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia”.

Para tanto, toma-se como base a pesquisa em andamento, que tem como interesse de estudo o ato proibitivo imputado a uma técnica de saúde não reconhecida como cientificamente válida, a saber, a Auto-Hemoterapia (AH).

Com a finalidade de traçar um fio condutor que esboce a “história” das pesquisas sociais em saúde, realizou-se um cotejamento entre teóricos, a partir dos quais foi possível apontar – a começar pelo caminho aberto por Mauss, através de sua pesquisa sobre os usos do corpo humano em diversas culturas, *As técnicas do corpo*, e ainda, o estudo sobre a “morte social”, intitulado *Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade* –, como parte do projeto de pesquisas sociais, a importância que se tenha consciência da existência relacional. É igualmente preciso, cada vez mais, elucidar as formas que tais relações adquirem – entre processos de saúde/doença e as demais dimensões da vida social (daí a necessidade de “mapeá-las”), tais como economia, política, crenças e costumes, entre outras.

Dessa forma, o presente texto, por propor-se a realizar uma discussão teórica, baseia-se em pesquisa bibliográfica. Intencionou-se pôr em diálogo alguns dos principais autores que realizaram contribuições para o desenvolvimento da problemática em análise.

CONCLUSÕES PARCIAIS

Como resultado parcial, apresenta-se aqui a importância de estar sempre tecendo, a cada novo avanço, no que se refere aos estudos sobre as relações entre os processos de saúde/doença e a sociedade, a tessitura histórica dos estudos sociais em saúde.

É preciso frisar mais uma vez que a teorização sobre a dimensão social dos processos de saúde/doença pode ser analisada de um ponto de vista não apenas biologizante, mas também sócio-filosófico. Da mesma forma que

as Ciências Sociais, a Medicina Social (ou Saúde Coletiva), a partir de seu ponto de vista sobre a sociedade, põe em questão suas proposições sobre a temática. Desse modo, pretendeu-se contribuir com a área de pesquisa, apontando possibilidades analíticas no que diz respeito aos estudos sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. **As razões da terapêutica**: racionalismo e empirismo na medicina. Rio de Janeiro: Ed. da UFF, 2011.
- BOTELHO, J. B. **A história da medicina**: da abstração à materialidade. Manaus: Valer, 2013.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CHALHOUB, S. **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2003.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 315-333, ago. 2002.
- FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.
- _____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.
- HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. **Physis [online]**, v. 15, n. 2, p. 193-203, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838208002.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, Â.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JÚNIOR, Carlos (org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 79-95, jan. 2003.

_____. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 59-84, jan. 1992.

SAMPAIO, G. dos R. **Nas trincheiras da cura**: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2001.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, v. 10, n. 19, p. 13-25, dez. 2005.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; Auto-hemoterapia; Saúde e sociedade; Pesquisa em saúde.

ADOECIMENTO GENÉTICO: ESTUDO SOBRE O CASO DA DOENÇA FALCIFORME

Georgia Kessia Cavalcanti da Silva¹

Ednalva Maciel Neves²

INTRODUÇÃO

Este trabalho, fruto da proposta investigativa acerca do adoecimento genético, surgiu das inquietações suscitadas pelas tendências e evolução contemporâneas das interações entre genética e medicina na composição dos novos padrões de saúde e adoecimento, impulsionando não só novas práticas profissionais, mas também comportamentos sociais (LÖWY, 2011). Para melhor elucidar, cumpre-nos mencionar que desde o Projeto do Genoma Humano (PGH), entre as décadas de 1970 e 1980, a genética vem se consolidando como um conhecimento que institui uma nova interpretação para o adoecimento e a saúde, “embasada nos diagnósticos preventivos e genéticos a partir da perspectiva do risco” (NEVES, 2008, p. 1). Isto é, no sentido de uma racionalidade voltada à antecipação do adoecimento, baseada na apropriação da genética pelo campo da biomedicina. Ou, se se quiser, o campo de saberes biológicos no qual se baseia a medicina, envolvendo as instituições e as práticas de saúde a ela associadas. Conforme nos orienta (SARTI, 2010), para a discussão da biomedicina (ou racionalidade biomédica), como a referência cultural que informa as concepções e as práticas de saúde

1. Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Bolsista Pibic/UFPB-CNPq. E-mail: georgia_kessia@hotmail.com.

2. Professora de Antropologia do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Email: ednmneves@gmail.com.

e a noção de doença no mundo ocidental contemporâneo (ver CAMARGO JR., 1997, 2003). Aqui, o desenvolvimento e a disponibilização de tecnologias diagnósticas e modalidades de intervenção são referências para o conjunto de técnicas e práticas de predição que visem à melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças genéticas hereditárias e/ou com predisposição diagnóstica a elas. Para Astoni Jr e Iannotti (2010, p. 5378),

A medicina preditiva é a capacidade de fazer predições quanto à possibilidade de um indivíduo vir a desenvolver alguma enfermidade de base genética, no futuro. É a mensuração, através de testes genéticos, da predisposição deste indivíduo e, talvez, de seus familiares, para tal tipo de adoecimento.

Trata-se, portanto, de uma extensão da atuação da medicina que, além do indivíduo, pode alcançar famílias e descendências. Contudo, esse propalado avanço não tem oferecido o mesmo aporte político e cuidado em certos casos de adoecimento genético, como à Doença Falciforme, e mais especificamente à Anemia Falciforme. Neste trabalho, utilizamos o termo “doença falciforme”, seguindo a orientação de ampliar a temática das hemoglobinopatias. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 11), “[a] doença falciforme é uma alteração genética caracterizada por um tipo de hemoglobina mutante designada como hemoglobina S (ou Hb S), que provoca a distorção dos eritrócitos, fazendo-os tomar a forma de ‘foice’ ou ‘meia-lua.’” Dentre elas, incluem-se: “a S beta talassemia ou microdrepanocitose, as duplas heterozigotes Hb SC e Hb SD e a anemia falciforme (ou Hb SS)” (BRASIL, 2012, p. 11). Todas as hemoglobinopatias juntas, incluindo a Anemia Falciforme (SS), são chamadas de Doença Falciforme. A Herança genética da hemoglobina S está no grupo das chamadas “anemias hereditárias”. Hereditárias porque aquela alteração genética, que leva a presença da hemoglobina S, vale salientar, no DNA, é herança dos pais para os filhos, de modo que o desenvolvimento da

doença depende da herança genética dos pais que devem apresentar o traço falciforme, ou a doença. De acordo com Guedes e Diniz (2007), embora não haja consenso científico, a Doença Falciforme leva a duas condições: uma delas é a de portador do traço falciforme, ou seja, a pessoa apresenta e transmite esse traço para seus descendentes (percentual de transmissão de 50%, já que é considerado um heterozigoto); já a pessoa que apresenta sinais clínicos da doença recebeu dois gametas comprometidos, de modo que transmite para seus descendentes esse traço. A anemia falciforme, a forma mais agressiva da mutação, faz com que a produção da hemoglobina S, ao invés da Hemoglobina A (responsável por levar o oxigênio do pulmão para todo o corpo, para que todos os órgãos funcionem bem), não exerça a função de oxigenar o corpo de forma satisfatória. De acordo com o *Manual da anemia falciforme* (2007), os sintomas aparecem geralmente depois dos seis meses ou até antes um pouco. Variam entre dores, olhos amarelados, cansaço, quando o falcêmico desidrata as veias ficam mais finas, e como as hemácias se modificam em formato de foice (falcizadas, ficam duras, inflexíveis), essa vasoconstrição impede a oxigenação dos tecidos levando a dor, infecções e outras complicações, inclusive podendo chegar a desencadear acidentes vasculares cerebrais. Em suma, essa carência de ar limita as atividades físicas, sobrecarrega o organismo e desencadeia as crises. O diagnóstico consiste em identificar a “distorção dos eritrócitos” em exame sanguíneo (BRASIL, 2012). Para além disso, é uma doença hereditária que predomina em pessoas negras, com prevalência estimada de 25 a 30.000 casos de Doença Falciforme por ano no Brasil, e envolve não apenas o indivíduo, ou um diagnóstico, é genético, familiar, e de risco para outros filhos. No Nordeste, os estados mais afetados pela doença falciforme são: 1) a Bahia, com um indicador de 1:650 nascidos vivos diagnosticado com a doença falciforme, a maior taxa registrada pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal do País; e 2) Pernambuco e Maranhão, com a cifra de 1:1400 nascidos

vivos diagnosticados com doença falciforme (BRASIL, 2012). Na Paraíba, segundo integrantes da ASSOCIAÇÃO PARAIBANA DE PORTADORES DE DOENÇA FALCIFORME - ASPPAH, estima-se que 1:1500 crianças nascidas vivas é diagnosticada com Doença Falciforme. Destarte, tendo a Doença Falciforme como fenômeno emblemático para apreender aspectos relacionados ao sofrimento e cuidado em saúde, a relevância deste estudo se apresenta na medida em que se articulam diferentes dimensões da vida pessoal e coletiva à ordem política, geracional e populacional. Em linhas gerais, o objetivo geral deste trabalho é compreender as relações entre biomedicina, cuidado e cultura, e as implicações sociais e éticas nelas implícitas: captar e refletir sobre as questões que envolvem o adoecimento no contexto social brasileiro e paraibano; caracterizar historicamente a política nacional de saúde voltada para Doença Falciforme e as estratégias adotadas no estado da Paraíba; identificar formas de socialização pelos portadores da doença, em termos de associação e desafios que enfrentam na luta por direitos sociais em saúde; compreender a vivência pessoal e as implicações sociais do adoecimento pela Doença Falciforme. Para isso, alia-se um estudo teórico e empírico de natureza qualitativa e exploratória. Metodologicamente, fez-se a revisão bibliográfica, busca por informações epidemiológicas da doença, visitas às instituições estaduais e municipais, 5 entrevistas semiestruturadas com representante da ASPPAH, um gestor, e 2 geneticistas biológicos. A análise de informações aponta para três aspectos centrais: experiências da doença, caracterização da política nacional e os dilemas à aplicação local. Ressaltaremos o drama dos pacientes e dos seus familiares em face do adoecimento – segundo eles, as políticas são adequadas, mas o cuidado ofertado não respeita o doente na medida em que não reconhece seu sofrimento. Aliás, conforme dito no *I Simpósio Estadual sobre Anemia Falciforme* (2013), a Paraíba segue negligenciando a atenção médica e hospitalar aos portadores de Doença Falciforme, com apenas 72 postos de coleta (73% em 162 muni-

cípios do estado), deficiência na qualidade e qualificação dos profissionais, e ausência de um programa de aconselhamento genético às famílias e aos portadores do traço falciforme. Das políticas, em relação ao teste que inclui o diagnóstico do traço e da Doença Falciforme, além de ter sido implantado no Estado apenas em 2009, percebemos que a Secretaria de Saúde ainda não consegue dimensionar prevalência e incidência na nossa população (quadro epidemiológico da doença), quando disso depende o fluxo e atenção adequados aos portadores da Doença Falciforme (diagnóstico, tratamento, hospital de referência, qualificação, aconselhamento genético, e cuidado). Por fim, cabe ressaltar o ativismo coletivo da Paraíba, que protagoniza e se associa em torno do processo de reivindicação e implementação destas políticas para fortalecer o controle social das lideranças negras, uma vez que o adoecimento genético – e a Doença Falciforme – recoloca a questão das relações entre natureza, genética e cultura, uma vez que aciona o estigma e a ordem simbólica da chamada “doença de preto”.

BIBLIOGRAFIA

- ASTONI JR., Í.M.B.; IANNOTTI, G. de C. Ética e medicina preditiva. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl. 2, p. 5377-5382, dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/CGAE. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual da Anemia Falciforme para a população**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2007.
- _____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ed. do Senado, 1988.

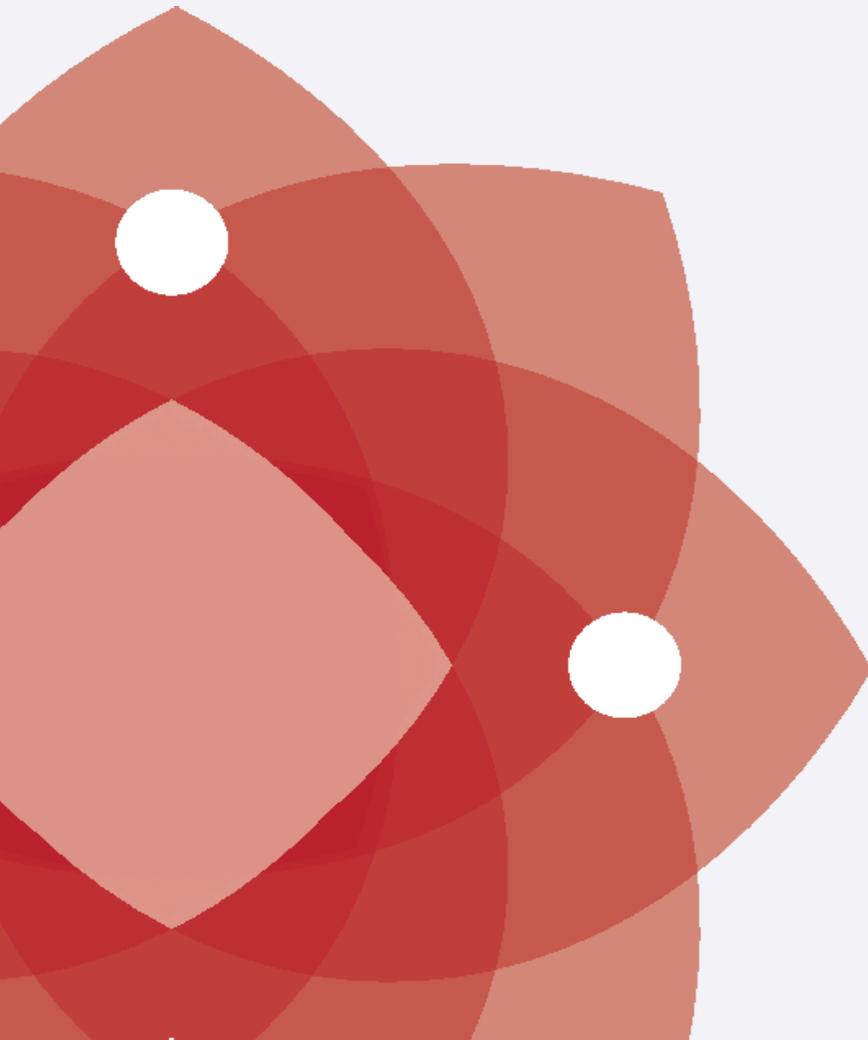
- _____. Ministério da Saúde. Pessoas com a doença poderão fazer transplante de medula. **Portal da Saúde** In: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18344-pessoas-com-a-doenca-poderao-fazer-transplante-de-medula>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAE. **Doença falciforme:** condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMARGO JR., K. R. de. (1997), "A biomedicina". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.
- _____. **Biomedicina, saber e ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo, Hucitec, 2003.
- GUEDES, C.; DINIZ, D. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. **PHYSIS**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 501-520, 2007.
- LOWY, I. Detectando más-formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 103-125, jan./jun., 2011.
- NAOUM, P. C.; BONINI-DOMINGOS, C. R. Doença Falciforme no Brasil: origem, genótipos, haplótipos e distribuição geográfica. **J. Bras. Patol.** v. 33, n. 3, 1997.
- NEVES, E. M. **Medicina e adoecimento genético:** estudo sobre o desenvolvimento da genética e anemia falciforme na Paraíba, Brasil. Projeto de Pesquisa - PIBIC/CNPq/UFPB/PRPG/GRUPESSC, João Pessoa, Maio, 2014.
- _____. **Antropologia e ciência:** uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luís, MA: Ed. da UFMA, 2008.
- SARTI, Cynthia. Corpo e doença no transito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 74, out. 2010.
- ASSOCIAÇÃO PARAIBANA DE PORTADORES DE DOENÇA FALCIFORME - ASPPAH, Google Analytics. Disponível em: <<http://asppah.wordpress.com/>>. Acesso contínuo.
- FAÇA parar essa dor!. Vídeo institucional de abertura do VII Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme, em Salvador, que ocorreu de 20 a 23 de novembro de 2013. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, ABADFAL, APAE-Salvador, Secretaria Municipal de Camaçari, Brasil, 2013. 27:32min. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8jc3xHGLRcQ>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- ENTREVISTA I. [nov. 2014]. Entrevistador: Ednalva Maciel Neves. João Pessoa, 2014. 1 arquivo.mp3 (60:34 min.).

Palavras-chave: Adoecimento genético; Doença falciforme; População negra.

GT4: POLÍTICAS PÚBLICAS, MOVIMENTOS EM SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Coordenação: Pedro Nascimento (UFPB)

Debatedora: Ivia Maksud (FIOCRUZ)



UM ENSAIO SOBRE A IDEIA DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Camila Furlanetti Borges¹

Tatiana Vargas de Faria Baptista²

Ruben Araujo de Mattos³

INTRODUÇÃO

A maioria das políticas públicas de saúde brasileiras, nas últimas décadas, reafirma-se na consolidação da reforma sanitária dos anos 1970. Mas o Brasil experimenta processos de reforma sanitária desde que é República. Neste trabalho, ensaiamos algumas reflexões sobre a denominada reforma sanitária dos anos 1970 sem nos aprofundarmos em seu caráter de ruptura em relação às reformas anteriores, mas tentando questionar esse caráter.

Este texto parte de uma pesquisa de doutorado (BORGES, 2012) que realizou uma análise arqueológica de documentos do campo da saúde pública do período de 1950-1980, para, com Foucault, ressituar essa reforma e “destruir as venerações tradicionais” (FOUCAULT, 2007, p. 37).

O estudo arqueológico empreendido assumiu os discursos do campo da saúde pública como saberes – nível mais elementar do que a ciência, e que

1. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz - RJ). E-mail: camilaborges@fiocruz.br.

2. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz - RJ). E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br.

3. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). E-mail: ruben@ims.uerj.br.

é condição de possibilidade do conhecimento. Depreende-se, em primeiro lugar, a negação da racionalidade científica e do seu critério de verdade como foco; e, em segundo, o ensejo de um modo de análise que destaca o caráter histórico do saber por sua capacidade de produzir conhecimento e positividade.

Uma referência importante na reforma sanitária brasileira, seminal nas discussões sobre expropriação da saúde, foi *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, de Ivan Illich. O autor afirmava que todo o conjunto de instituições médicas, nos seus distintos níveis, retira “do cidadão o domínio da salubridade no trabalho e o lazer, a alimentação e o repouso, a política e o meio” (ILLICH, 1975, p. 44), e elimina da vida cotidiana a possibilidade de escolhas. Nisso constitui a expropriação da saúde, manifestação da crise da medicina – e leva ao abandono dos métodos caseiros e dos hábitos de cuidado entre familiares e vizinhos, fazendo crer que “Curar não é mais [...] a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente” (ILLICH, 1975, p. 78), um profissional que exerce o monopólio da medicina. Illich defende a desmedicalização da sociedade, o enfrentamento das formas heterônomas impostas pela medicina contemporânea e um fortalecimento do poder autônomo gerador de saúde que é inerente a toda cultura tradicional.

Nos documentos analisados neste estudo arqueológico, vimos que foram produzidos discursos que encobriam estratégias de “poder-saber” que materializaram arranjos de vida da população, escolhas, exercício de autonomia. Não havia propriamente uma impossibilidade discursiva. Ou seja, as resistências, poderes e saberes populares, frequentemente estão ausentes na ordem do discurso do campo da saúde, mas não são regularmente negadas. O efeito é de opacidade sobre o protagonismo popular.

Mas que não se confunda: a sombra é lançada sobre o caráter autônomo do povo e não sobre o próprio povo e sua vida, já que este é apresentado por

seu modo incivilizado, faltoso e derrotado no jogo político. Julga-se a consciência sanitária do povo ou se atribui pretensões e necessidades à população. Manifestam-se enunciados de distintos interesses, de diálogo político.

Além do encobrimento das estratégias e modos de vida do povo, nos discursos da saúde pública há também uma desigualdade no exercício da função de sujeito do enunciado pelo povo e na rarefação dos enunciados que a denunciam. E essa rarefação não deve ser lida como uma “falta de autonomia”, mas como um determinado arranjo de forças na disputa política. É neste ponto que cessam as contribuições de Illich e avançam as de Foucault.

Segundo Foucault, o que Illich lê como “falta de autonomia” é efeito de arranjos de poder, e a ideia de crise da medicina é falaciosa, pois desde que surge é iatrogênica e atua como autoridade social. Para Foucault, Ivan Illich e seus seguidores contrapõem à medicina

[...] uma arte desmedicalizada da saúde, a higiene, a alimentação, o ritmo de vida, as condições de trabalho, a moradia etc. Ora, o que é atualmente a higiene senão uma série de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico, quando não é a própria autoridade médica, em sentido estrito, a portadora ou o centro de elaboração? (FOUCAULT, 2010, p. 184).

À proposta de Illich, responde que não é possível contrapor qualquer projeto que não seja pautado no próprio saber médico, pois o campo da saúde é animado pela medicina social, cujas características remontam o século XVIII, quando do surgimento da medicina moderna: “Em certo sentido, a ‘medicina social’ não existe, porque toda a medicina já é social” (FOUCAULT, 2010, p. 172). A autoridade social tem fins de normalização de largos aspectos da vida, e não é apropriação apenas de profissionais médicos.

Se a medicina dirige-se tanto ao indivíduo quanto à população, enquanto prática social ela se configura como uma estratégia biopolítica. Trata-se

de uma razão de Estado que, desde fins do século XVIII, debruça-se sobre questões de “como ser governado, por quem, até que ponto, com que fim, por que métodos” (FOUCAULT, 2008, p. 119), dirigindo-as aos “problemas específicos da população”. A biopolítica conforma a arte de governo típica da medicina social.

Por isso, não faz sentido acusar a ausência de autonomia do povo, pois as normas médicas, sendo apropriadas para além da medicina, conformam um sistema que é operado também pelos saberes populares. E não há como romper com a medicina; antes é preciso compreender que:

[...] a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo (FOUCAULT, 2010, p. 193).

Com isso, propomos desmistificar o discurso do campo da saúde na sua pretensão revolucionária, tal como é corrente atribuir ao denominado movimento pela reforma sanitária dos anos 1970, especialmente por conta do projeto de ampliação de direitos e universalização da saúde pública.

Naquilo em que pôde ser bem sucedida, a reforma sanitária ampliou o alcance populacional da saúde pública e incorporou, sob a temática do direito à saúde, um conceito ampliado e a noção de determinação social da doença. Esse conceito alimenta projetos de intervenção social que tanto independem do adoecimento propriamente quanto da possibilidade de verbalização de demandas. Ora, tais movimentos nada mais são do que uma reatualização da medicina social.

O próprio campo da saúde coletiva, apesar de sua emergência acadêmica, apresenta-se mais como um campo que “teria se constituído, funda-

mentalmente, a partir de um projeto político de transformação setorial [...] [e] a reprodução de suas propostas políticas de intervenção na realidade sócio-sanitária” (RIBEIRO, 1991, p. 16).

Ou seja, a saúde coletiva apresenta-se mais como uma estratégia política, ou melhor, biopolítica, do que como uma nova ciência. É uma estratégia de *medicalização indefinida* (FOUCAULT, 2010) que, estreitando o diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde, contrapõe-se à concepção de saúde pública que confere ao discurso biológico o monopólio do saber sobre a saúde e a doença (RIBEIRO, 1991).

Tamanho intervencionismo busca legitimar-se sob a noção de direito, que tem sido canalizada para a ampliação do consumo que, por sua vez, reapropria os mesmos mecanismos de desenvolvimento socioeconômico nos quais já estava inserido o modelo de atenção à saúde que se pretendia romper. Sustenta-se na saúde pública como setor produtivo.

Nos documentos analisados, a expropriação da saúde é enunciada especialmente nas adjacências entre o tema do planejamento em saúde – este funcionando como interface ou mediação entre os setores econômico e social do Estado – e o diálogo político.

Em suma, quando Foucault nos ajuda a perceber os limites do projeto de antimedicina, entendemos a denúncia da expropriação da saúde como uma movimentação política inserida no jogo da medicina social. E entendemos a própria reforma sanitária e a saúde coletiva como reatualizações desse mesmo jogo.

Não foi de outro modo que a saúde pública brasileira funcionou, e permanece funcionando, como setor produtivo. Pois na proposta de universalização da saúde estava embutido o aumento na produção de insumos, na formação de trabalhadores, no investimento em estabelecimentos, na inovação tecnológica etc.

Assim, é a percepção da construção da reforma sanitária como mais um movimento de medicina social que nos permite tanto reconhecer a autonomia dos indivíduos quanto pôr em questão a porosidade do campo da saúde pelo diálogo quando assume a postura salvacionista de construir “consciência sanitária”.

REFERÊNCIAS

- BORGES, C. F. **Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira:** possíveis descrições do período 1950-1980. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
- _____. Aula de 1 de fevereiro de 1978. In: **Segurança, território, população.** Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 117-153.
- _____. Crise da medicina ou crise da antimedicina? **Verve,** Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP, n. 18, p. 167-194, 2010.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- RIBEIRO, P. T. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil:** 1975/1978. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

Palavras-chave: Reforma sanitária; Medicina social; Desmedicalização.

LIMITES E POSSIBILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: PERSPECTIVAS DA CONTINUIDADE ASSISTÊNCIAL

Elisângela Maria da Silva Vasconcelos¹

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi analisar a continuidade assistencial de mulheres portadoras de câncer de mama, nos diferentes níveis assistenciais no município de Recife/PE, a partir da perspectiva destas mulheres, com o intuito de identificar os limites e possibilidades na rede de atenção à saúde da mulher com câncer de mama. Tratou-se de um estudo de caso em profundidade com uma abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas três mulheres portadoras de câncer de mama, residentes e tratadas em Recife. Nesta pesquisa foi utilizado o câncer de mama como condição traçadora para a análise da continuidade assistencial. Este estudo é um recorte da pesquisa *Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e Brasil – Equity-LA*. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a análise documental de prontuários, entrevistas individuais semiestruturadas realizadas a partir de um roteiro temático preestabelecido. Conforme evidenciado nos resultados, as consultas na atenção básica por parte das usuárias ocorreram em estágio avançado da doença, e não houve acompanhamento sistemático das usuárias por este nível de atenção, ainda

1. Mestrado Profissional em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (CPAM/Fiocruz-PE). E-mail: emselis@yahoo.com.br.

que estivessem em idade recomendada para rastreamento. Entre os elementos que limitaram a acessibilidade aos serviços de saúde destacam-se os aspectos individuais, tais como o medo do diagnóstico, a ausência do hábito de acessar os serviços de saúde para procedimentos de rotina e de prevenção, assim como a responsabilidade socioeconômica individual de cada uma das usuárias, o que limitava, em alguns casos, o tempo disponível para o cuidado com a saúde. A precária condição financeira foi outro aspecto limitante, sobretudo na continuidade do tratamento de cada uma destas mulheres. A necessidade do tratamento do câncer de mama ocasionou um impacto importante na situação financeira destas usuárias, evidenciado pela elevação dos custos com habitação, alimentação, medicamentos e transporte. Estes dois últimos itens foram revelados como impactantes ao longo do contínuo assistencial, em razão da gradativa piora do estado clínico das usuárias durante o tratamento, assim como a inexistência, descontinuidade ou demora na disponibilização destes pela rede pública de saúde, limitando ou modificando a forma como as usuárias utilizavam os serviços de saúde. A demora na entrega dos resultados dos exames também foi um aspecto presente em alguns momentos, ao longo do tratamento das usuárias, produzindo estresse, sofrimento e conflitos nos serviços de saúde. A gravidade da doença foi a principal razão para a celeridade dos exames e tratamentos no terceiro nível de atenção. Houve falta de planejamento no dimensionamento dos profissionais ao longo do tratamento, impulsionando-as a procurar a rede privada de saúde e, desta forma, onerando ainda mais os custos com o tratamento. Neste contexto, houve um aumento de seus sofrimentos, pela sensação de não conseguirem enxergar a possibilidade de acompanhamento em tempo hábil, pois não poderiam arcar com os custos da rede privada de assistência e, ao mesmo tempo, tinham a percepção de que não dispunham de mais tempo para esperar pelos seus tratamentos. O temor, após o diagnóstico, o imaginário de cada uma destas usuárias quanto ao futuro e à condução de

suas vidas, lhes traz um imenso desafio de superação. Lidar, ainda, com as possibilidades e limitações ao longo de suas trajetórias em busca do tratamento e da cura de sua doença, lhes revela a necessidade de serem ainda mais fortes e mais perseverantes. Observa-se que quanto à percepção sobre o seu plano de tratamento, as usuárias 1 e 2 referiram que houve coerência entre os objetivos e o tratamento, ao passo que a usuária 3, apesar de corroborar tal percepção, citou algumas mudanças referentes a condução do tratamento, nos níveis secundário e terciário. Não foram encontrados registros em prontuário sobre todos os encaminhamentos derivados de cada uma das unidades por onde as usuárias passaram. De uma forma geral, após o diagnóstico e o início do tratamento, a coordenação do cuidado prestado ficou, de acordo com as usuárias, sob a responsabilidade dos profissionais do nível terciário, particularmente da oncologia. Neste nível elas referiram que não houve dificuldades para a marcação das consultas com estes especialistas, exceto a espera para a sua realização, o que gerou uma insatisfação das usuárias ao relatarem falta de priorização na organização do atendimento, o que limitava seu acesso em tempo oportuno. A importância em se ter estabilidade na equipe profissional responsável pelo tratamento foi evidenciada no depoimento das usuárias, a partir do desejo expressado de permanecer com o mesmo profissional ao longo do seu tratamento. Esta estabilidade possibilita relações mais sólidas, pautadas na confiança, e comunicações mais francas e detalhadas entre profissionais e usuários, assim como potencializa um compartilhamento mais aprofundado das informações referentes à condição clínica e ao contexto social no qual estão inseridos. Por outro lado, a descontinuidade desta estabilidade foi constantemente evidenciada nas entrevistas com as usuárias, que relataram a existência de uma rotatividade entre os profissionais nos níveis secundário e terciário da assistência. Esta prática, segundo a fala das entrevistadas, favoreceu a falta de confiança e de vinculação nas suas relações com os profissionais, induzindo-as à crença de que

a rotatividade dos profissionais relacionados à condução do seu tratamento advém de uma política institucional da assistência em nível ambulatorial e hospitalar. A continuidade da informação foi uma categoria bem observada nos relatos das entrevistadas, e uma parte importante destes relatos foi corroborada pelos profissionais de saúde participantes da pesquisa. A usuária 1 relatou dificuldade para a exposição de suas dúvidas e angústias diante do profissional, suprimindo por vezes informações fundamentais para a adequada condução do seu plano terapêutico – demandando desta forma a necessidade de uma maior sensibilização, por parte dos profissionais, na identificação dos possíveis “hiatos” da comunicação. Por outro lado, estas também referiram como fragilidade a precariedade na transmissão das informações entre os profissionais nos diversos níveis assistenciais. Pois, apesar de afirmarem haver uma sequência e coerência das informações contidas nos encaminhamentos e prontuários compartilhados, assim como uma boa apropriação pelos profissionais das informações referentes ao seu estado clínico, o repasse destas informações aos demais profissionais envolvidos, por vezes, não ocorre, obrigando-as a uma recorrente contextualização dos fatos referentes a sua linha de cuidado. A partir das colocações das usuárias, identifica-se também a necessidade de um modelo assistencial que garanta de fato o acesso às informações de forma ágil e atualizada.

REFERÊNCIAS

- HAGGERTY, J. L. et al. **Continuity of care**: a multidisciplinary review. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- LETELIER, M. J. **Diseño de un Cuestionario para Medir la Continuidad Asistencial desde la Perspectiva de los Usuarios**. 2008. Dissertation (Mestrado em Salud Pública) – Universidade Pompeu Fabra, Universita Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2008.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A Centralidade do Usuário na Avaliação em Saúde: Outras Abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: Abordagem Multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2009. p. 37-52.
- REID, R. et al. **Defusing the confusion**: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, The Canadian Institute for Health Information, Provincial, Territorial Deputy Ministers of Health, 2002.
- SHORTELL, S. M. et al. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs**, Washington, DC, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.
- TERRAZA, R. **Coordinación y continuidad**: un marco para el análisis. 2004. Tesina (Master de Salud Pública). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. 2004.
- TERRAZA, R. et al. La coordinacion entre niveles asistenciales: una sistematizacion de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS, 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 26, p. 94-101, 2012. Disponível em: <<http://www.consorci.org/directori-professional/maria-luisa-vazquez-navarrete>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

Palavras-chave: Assistência à saúde; Saúde da mulher; Neoplasias da mama; Direito à Saúde.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Romero Nogueira de Souza Mendes¹

INTRODUÇÃO

O estudo objetivou a avaliação da qualidade da assistência aos usuários da urgência e emergência em duas unidades de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), no Cabo de Santo Agostinho, em 2013. Para isso foram entrevistados 34 indivíduos, entre gestores, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Trata-se de um estudo de casos múltiplos qualiquantitativo, exploratório e explanatório, com referencial analítico no respeito aos direitos dos usuários e na percepção da qualidade da assistência enquanto dimensões gerais da qualidade a serem avaliadas. Foram utilizados diversos métodos e técnicas para apreensão destas dimensões, desde a análise documental em prontuários, relatórios de auditoria e de inspeção sanitária – passando pelo registro das impressões do pesquisador em relatório de observação sistemática – à aplicação de questionário previamente estruturado, possibilitando uma análise categorizada e por triangulação dos resultados, com o intuito de maior aproximação da complexidade do problema investigado.

Diversos foram os resultados encontrados a partir dos questionários aplicados nos profissionais e gestores, das entrevistas com os gestores, da análise documental em prontuários, relatórios de auditoria e inspeção sani-

1. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (CPAM/Fiocruz-PE). E-mail: romeronogueira@recife.pe.gov.br.

tária e das observações sistemáticas em campo, tais como: perfil dos profissionais e gestores; condições de trabalho; qualidade da assistência oferecida aos usuários; e entendimento político-administrativo dos gestores sobre a prestação da assistência em Urgência e Emergência (UE).

Na análise das dimensões da qualidade (estrutura e processo), de uma forma geral, as unidades preservam o direito à confidencialidade das informações e à privacidade dos usuários. Contudo, no Hospital Mendo Sampaio (HMS), evidenciou-se o comprometimento do sigilo, em razão da inadequada estrutura física do consultório de ortopedia e da sala de espera da emergência, assim como dos repousos de observação da emergência, com ocupação mista.

Na ambiência, de forma geral, os profissionais e gestores avaliaram positivamente as condições de segurança e conforto para o desenvolvimento do trabalho nas duas unidades pesquisadas, apontando a limpeza como melhor e a segurança nas unidades como a pior dentre todas as condições avaliadas.

Na humanização da assistência e acolhimento aos usuários, na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), os graus de risco são determinados por cores (vermelha, amarela, verde e azul) com identificação tanto dos usuários quanto dos ambientes, sendo a ordem de atendimento organizada de acordo com a gravidade de cada caso, via protocolo normatizado. Em contraponto no HMS, verificou-se a inexistência de protocolos e critérios de classificação de risco condizentes com as disposições legais estabelecidas para humanização da atenção e gestão do SUS, impossibilitando, assim, a identificação de usuários que necessitassem de intervenção e cuidados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Ademais, em nenhuma das unidades foram identificados mecanismos normatizados para a comunicação dos tempos de espera aos usuários.

Nas duas unidades, foi observada a garantia da presença do acompanhante, durante toda a estadia dos usuários, principalmente aos localizados

nos leitos de observação – na UPA Cabo encontramos, por vezes, até mais de um acompanhante por usuário.

Quanto à percepção da qualidade da assistência, no que diz respeito à qualidade do atendimento e encaminhamento dos usuários, de uma forma geral, a qualidade do atendimento foi bem avaliada pelos profissionais e gestores entrevistados defendendo o entendimento de que um atendimento ágil, qualificado e humanizado, por parte dos profissionais, desde a recepção à emergência, assim como um correto suprimento de insumos, materiais e equipamentos está diretamente ligado à qualidade da assistência prestada nas unidades.

Em relação à contribuição dos trabalhadores para a melhoria da qualidade no atendimento, a maioria dos gestores entrevistados destacou a disposição e a dedicação dos profissionais no desempenho de suas atividades, assim como reforçaram a importância da implantação de mecanismos de motivação profissional e educação continuada nas unidades.

Todavia, quanto à preparação dos profissionais para atuação nas emergências, a maioria dos gestores entrevistados relatou algumas deficiências na formação e aquisição de experiência dos profissionais que atuam nas UE, forçando os serviços a desenvolver estratégias para complementação desta formação e experiência profissional específica.

Entretanto, apesar das dificuldades expostas em relação à força de trabalho nos SUE, um dos gestores do HMS refere existir no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde um comprometimento com a continuidade da assistência prestada aos usuários quanto à integralidade da rede de referência e contrarreferência, trazendo-nos a reflexão da responsabilidade sanitária inerente a cada profissional ou gestor, de promover – em cada caso – a continuidade da linha de cuidado ao usuário, independente da “porta” pela qual este tenha adentrado o sistema de saúde.

Quanto à quantidade de atendimentos por plantão, metade dos profissionais e gestores avaliou esta condição como boa nas duas unidades pesquisadas, correspondendo, por unidade, a 47,1% dos profissionais e gestores do HMS e 52,9% destes na UPA Cabo. Contudo, na análise da opinião específica dos médicos, o quantitativo de atendimentos por plantão recebeu o *status* de quarta pior condição de trabalho – fato evidenciado também na opinião de um dos gestores entrevistados.

Quanto à rotina de encaminhamento dos usuários aos outros serviços – tanto na UPA Cabo quanto no HMS –, esta consiste fundamentalmente na referência dos usuários aos serviços de maior complexidade, através de regulação da transferência na central de leitos do estado, com o preenchimento dos dados clínicos na ficha de encaminhamento do usuário.

Contudo, a qualidade do transporte e o suporte ao encaminhamento dos usuários foram endossados como uma das piores condições para os gestores e profissionais entrevistados. Para 82,3% dos profissionais e gestores do HMS, metade dos gestores e a maioria dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais entrevistados nas duas unidades, o suporte para encaminhamento dos usuários foi mal avaliado, ficando atrás apenas da questão da insegurança nas unidades, eleita como a pior dentre todas as dimensões pesquisadas.

Desta forma, a qualidade do transporte termina por configurar-se em uma das principais dificuldades na viabilização da continuidade da assistência aos usuários, principalmente em virtude da oscilação na disponibilidade do serviço de transporte para aos usuários.

Para os gestores entrevistados, apesar de algumas ações pontuais, não há claramente uma definição ou planejamento, macro ou micropolítico, por parte das secretarias de saúde, para implantação de todas as diretrizes preconizadas pelo PNAU, permanecendo estas atividades, em geral, centradas no bom senso e na inata liderança e poder articuladores de cada profissional ou gestor.

Retratando ainda que, para além da necessidade de um acompanhamento mais eficaz por parte das secretarias municipal e estadual de saúde, a implantação dos mecanismos de melhoria da qualidade ocorre de forma verticalizada, seja em virtude de uma condição contratual, seja como uma ação imediatista da própria secretaria, sem que exista uma prévia articulação com os gestores para o levantamento das necessidades e planejamento das ações.

Diante das barreiras expostas, um dos gestores traz à luz a proposta de consolidação de outros formatos institucionais de gestão dos serviços públicos, defendendo a proposta de que a contratualização da administração destes serviços com os diversos tipos de organizações do chamado terceiro setor, com a prévia pactuação das metas de produção e qualidade, pode configurar-se em uma das alternativas às adversidades históricas dos modelos gerenciais da administração direta, uma vez que, deixando de lado os posicionamentos ideológicos, não há nada que indique qualidade e compromissos maiores para os órgãos da administração direta. Pelo contrário, cotidianamente observam-se várias situações em que estas assumem um baixo índice de eficiência, eficácia e efetividade, além de serem mais facilmente reféns de manobras político-partidárias, do clientelismo e do favoritismo. Por outro lado, a aposta no modelo jurídico de organizações privadas de utilidade pública também não está inteiramente livre das vicissitudes das supracitadas manobras.

REFERÊNCIAS

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência:** uma abordagem por triangulação de métodos. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

Palavras-chave: Avaliação da qualidade da assistência à saúde; Serviços médicos de emergência; Triangulação de métodos; Direito à saúde.

QUESTÕES DE SAÚDE NA COGESTÃO PENITENCIÁRIA. ESTUDO DE CASO SOBRE O PRESÍDIO DO AGRESTE ALAGOANO

Gabriela Maria Hollanda Ferreira de Farias¹

João Marcos Francisco Sampaio²

OBJETO E OBJETIVOS

Tal estudo tem por objeto a qualidade dos serviços de saúde prestados pela empresa terceirizada que atua no Presídio do Agreste Alagoano, situado no município de Girau do Ponciano, sendo ele o primeiro estabelecimento penitenciário do estado de Alagoas a funcionar por meio de uma parceria público-privada. Desse modo, mediante o referido convênio, os serviços internos do presídio, como alimentação, educação, lavanderia e segurança interna são geridos e fornecidos por uma empresa privada, com funcionários terceirizados. Apenas a segurança das áreas externas do estabelecimento penitenciário é prestada pelo governo do estado por meio de agentes penitenciários efetivos. Modelo distinto do habitual em Alagoas, uma vez que nas outras unidades prisionais do estado, todos os serviços, tanto a segurança quanto os complementares, são fornecidos pelo governo estadual. Consequentemente, no Presídio do Agreste, os serviços de saúde destinados aos que cumprem pena privativa de liberdade são oferecidos pela iniciativa privada,

1. Faculdade de Direito, Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: gabihollanda@hotmail.com.

2. Faculdade de Direito da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: joaofranciscosampaio@hotmail.com.

de tal maneira que a incumbência do Poder Público é restringida apenas à fiscalização de tais serviços. Este fato é preocupante, pois se faz necessária a presença do Estado para que sejam formuladas políticas de saúde que se coadunem com a realidade, sendo do Estado a competência para a redistribuição dos recursos em prol do interesse social coletivo (COHN, 1998).

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade desses serviços que foram delegados pelo Poder Público à iniciativa privada, e investigar se tais serviços baseiam-se, como em presídios geridos pelo Poder Público, apenas em cura de patologias e prevenção, pois “a atenção à saúde nas unidades prisionais ainda deixa muito a desejar, porque praticamente se limita a vacinação e atividades curativas, onde predominam as consultas ambulatoriais” (FONSECA et al., 2012, p. 148).

Vale frisar, ainda, que a saúde não se resume apenas à prevenção e cura de doenças, mas abarca também a alimentação, as condições do ambiente da cela, como iluminação e ventilação, e as atividades físicas e intelectuais, sendo que todos esses aspectos influem na saúde de pessoas privadas de liberdade.

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa foi utilizada a observação não participante, com anotações em diário de campo, a partir da percepção da realidade no interior da unidade prisional, bem como realizadas entrevistas não estruturadas tanto com apenados quanto com os gestores da unidade, e empregados terceirizados que atuam no estabelecimento.

A pesquisa tem um viés metodológico qualitativo, analisando as condições em que os presos se encontram, e como elas influenciam no quadro geral de saúde deles.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Foi possível constatar que no interior da unidade prisional são oferecidos apenas os cuidados básicos de atenção à saúde, tais como curativos e determinadas vacinas. Em casos mais graves, é necessário deslocar o apenado até a unidade hospitalar mais próxima, Unidade de Emergência localizada no município de Arapiraca. Além disso, há entre os prestadores de serviço privados um sentimento de revanchismo social, no que diz respeito ao estigma do reeducando como criminoso, que fortalece o desconforto psicológico do apenado. Ora, o Estado acaba colocando em prática uma noção fundada na lógica punitiva que atravessa as relações de poder estabelecidas na sociedade brasileira, fazendo com que essas relações sejam assimétricas e autoritárias, posto que as relações de alteridade projetam o apenado como inimigo e, dentro desta perspectiva, ele, por ser personificado como inimigo, merece, portanto, ser punido (SERRA, 2013, p. 31).

Em relação às entrevistas, não foi possível realizá-las individualmente com os apenados ou prestadores de serviço, tendo sempre havido, em nossas tentativas, a intermediação por parte dos gestores, o que provavelmente influenciou as respostas que nos foram dadas, as quais não foram consideradas para análise.

O ambulatório consistia em uma pequena sala onde eram realizadas consultas ambulatoriais e vacinação, não havendo grande sortimento de medicamentos. Também não foi encontrado médico nas instalações, pois ele só comparecia em dias preestabelecidos, ficando os procedimentos a cargo de auxiliares de enfermagem, sendo essa a principal ação diretamente relacionada à saúde. Não havia atividades de promoção de saúde e qualidade de vida dentro da unidade prisional. Em desacordo, portanto, com os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, princípios e diretrizes que também devem reger o atendimento em saúde a pessoas reclusas em unida-

des prisionais, por força da Portaria Interministerial nº 1777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça (BRASIL, 2003).

Uma das medidas tomadas, por questões de saúde coletiva dentro do estabelecimento prisional, é o corte dos cabelos quando da internação no estabelecimento, que, segundo o gestor, tinha como função evitar proliferação de parasitas e facilitar a higienização. Entretanto, tal medida não é adequada, visto que denota apenas a contenção de gastos para o trato com os apenados, diminuindo assim o consumo de insumos de higiene pessoal, uma que o cabelo é parte de sua identidade, especificamente parte da imagem com a qual ele se apresenta aos outros, infligindo, assim, uma punição ao corpo do apenado, já que o sistema punitivo, mesmo não recorrendo a castigos violentos ou sangrentos, não deixa de corrigir e enclausurar, pois é sempre do corpo e de suas forças que a punição trata (FOUCAULT, 2010, p. 28). Sendo a prisão uma instituição total, ela está, com essa prática, anulando a singularidade e a autonomia dos indivíduos que nela se encontram (GOFFMAN, 1974).

A alimentação tinha bom aspecto e as instalações da cozinha estavam, ao tempo da visita, higienizadas. Contudo, recentemente, já findas as visitas ao presídio, houve manifestações dos familiares dos presos alegando irregularidade no fornecimento da alimentação, bem como na higienização da cela. Quanto às celas, não nos foi permitido adentrar nas comuns, onde os apenados regularmente ficam, portanto, não pudemos tirar conclusões acerca das suas condições. Fomos autorizados a verificar uma cela utilizada esporadicamente, em caso de ser necessária a separação de um dos apenados.

A promoção de saúde no Presídio do Agreste Alagoano é escassa. Evidenciam-se os problemas principalmente pela delegação de competência para prestar os serviços de saúde para um ente privado, o que dificulta até mesmo a fiscalização por parte do Estado, que se faz cada vez mais ausente para essa fração da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial n. 1777**, de 9 de setembro de 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

COHN, A. Política de Saúde: Estado e mercado no Brasil Global. **Ser Médico**, São Paulo, ano 1, n. 2, p. 122- 156, 1998.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

FONSECA, V. et. al. Condições de saúde e ambiente nos presídios sergipanos. In: MARQUES, V. T. et. al. **Direitos Humanos e política penitenciária**. Maceió: Edufal, 2012. p. 145-161.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 38. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SERRA, C. H. A. Estado penal e encarceramento em massa no Brasil. In: LOURENÇO, L. C.; GOMES, G. L. R. **Prisões e punição no Brasil contemporâneo**. Salvador: Edufba, 2013. p. 31-44.

Palavras-chave: Privatização; Políticas de saúde; Cogestão penitenciária; Antropologia penitenciária.

REFLETINDO SOBRE OS ALBINOS, OS CHAMADOS “FILHOS DA LUA”: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

Hualafy Rafael Barbosa Santos¹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe-se a realizar uma breve reflexão acerca das pessoas com albinismo, levantando indagações e problemáticas possíveis de serem construídas dentro das áreas de Antropologia, Sociologia, Educação, Saúde e outras áreas afins. Sendo assim, inicio contextualizando o albinismo, como surgiu o interesse em pesquisa-lo, as dificuldades em pesquisar as pessoas com albinismo, a relevância dos estudos com os albinos. Através deste esboço sobre as pessoas que vivem com albinismo, procura-se unir forças com o grupo das pessoas albinas, no sentido de contribuir com mais visibilidade e conquistas de direitos e, acima de tudo, na tentativa de adoção de políticas públicas com ênfase na saúde, assim como melhores condições de vida. Portanto, dou meus primeiros passos com estudos que possam trazer reflexões consistentes, de modo que os “filhos da lua” nas aulas de biologia deixem de ser apenas um “a” minúsculo dos genes recessivos e, para além disso, que no âmbito acadêmico as pessoas albinas passem a ser alvo de pesquisas científicas de forma cada vez mais crescente. Portanto, como aprendiz na tarefa árdua de pesquisa, acredito que estudar as PCA tem caráter de extrema importância e urgência. Penso que, com o número maior de informações acerca das pessoas com albinismo, mitos poderão ser

1. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: hualafybarbosa@hotmail.com.

desconstruídos e maiores informações sobre esses indivíduos poderão contribuir significativamente para uma melhoria nas suas condições de vida, bem como na intensificação e fortalecimento do processo de integração nos meios sociais.

O albinismo é uma condição de natureza genética em que os indivíduos nascem sem melanina, pigmento responsável pela coloração da pele, como também dos olhos, cabelos e pelos do corpo. A falta da substância mencionada acarreta as PCA, tornando-as totalmente vulneráveis às radiações solares UVA e UVB. Essa ausência da pigmentação implica uma grande probabilidade das PCA desenvolverem câncer de pele, por sinal, muita alta, principalmente em países tropicais, como no caso do Brasil.

O albinismo inspira a criação de mitos culturais em todo o mundo, desde a ideia de que as pessoas com albinismo têm poderes mágicos, como também de que os possuem problemas mentais. Outro mito que merece ser evidenciado é o de que as pessoas com albinismo são consequência da união entre a mulher negra e o homem branco. A condição econômica desfavorável é outro fator agravante para as pessoas com albinismo, visto que o bloqueador solar tem um preço elevado e muitos não têm condições de obtê-los para as devidas precauções e cuidados.

OBJETIVOS

- Observar como as pessoas com albinismo estão se mobilizando para o aumento de sua visibilidade social e reivindicando a adoção de políticas públicas de saúde.
- Perceber como se dá o processo de relação social das pessoas com albinismo em face daquelas que não são albinas

- Analisar como esses indivíduos estão se organizando em grupos que se reconhecem enquanto detentores de uma “identidade albina” e reivindicando políticas públicas de saúde.
- Perceber a ausência ou presença de estigmas e preconceitos decorrentes da sua condição genética.
- Averiguar como uma pessoa com albinismo lida com ser albino em uma sociedade de “cores” e em um país tropical.
- Investigar dificuldades enfrentadas oriundas da sua condição genética.
- Perceber o impacto que a ausência de políticas públicas de saúde acarretam em suas vidas.
- Investigar como eles se sentem enquanto albinos, abordando a questão das emoções.

QUAL A RELEVÂNCIA DOS ESTUDOS COM PESSOAS ALBINAS?

A importância destes primeiros passos na elaboração deste trabalho se constitui no fato de seu pioneirismo no tocante aos estudos das pessoas com albinismo dentro da área de Sociologia e Antropologia, e na proposição de dar voz às pessoas com albinismo, levando as suas indagações e problemáticas para fóruns, congressos, encontros, oficinas. Os pais das pessoas com albinismo necessitam de informações e apoio para entender e saber como lidar com seus filhos, parentes, amigos.

É de se perguntar: com um número maior de pessoas informadas sobre o albinismo, o índice de mortalidade dos albinos diminuiria? Entender o que os albinos pensam sobre ser albino é relevante? O que é ser albino em uma sociedade de cores? Será que ocorre uma negação do indivíduo albino perante sua condição genética? Como as pessoas albinas se reconhecem?

Como ocorre o processo de escolarização das crianças com albinismo? E as relações sociais das pessoas com albinismo com as que não o são? Como as pessoas albinas lidam com os estereótipos? O que eles necessitam? E os aspectos emocionais das PCAs? Tais questões merecem ser respondidas, pois, ainda que existam estudos sobre o albinismo, eles apenas apresentam o que ele é, como ocorre, precauções e prevenções, não havendo pesquisas para entender como é que o a pessoa albina se sente, como age, como vive, que dificuldades experimentam, como se veem, e quais seus sonhos, desejos e vontades.

BREVES APONTAMENTOS TEÓRICOS

De acordo com Langdon e Wikk (2010), no Brasil, estudos e pesquisas sobre saúde, cultura e sociedade têm se multiplicado circunstancialmente nos últimos vinte anos. Na última década, a Antropologia da Saúde vem se consolidando como campo de reflexão, formação acadêmica e profissional de médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde no País. Nesse sentido, ao perceber a condição que as pessoas com albinismo enfrentam no tocante à questão de sua saúde, propus-me a entender, analisar e investigar como a ausência de políticas públicas de saúde pode interferir de forma direta no processo de sobrevivência e de melhoria de vida das pessoas albinas.

Pensando a partir do estigma que elas sofrem, segundo depoimentos que foram extraídos, irei me valer do conceito de estigma com base no sociólogo Ervin Goffman (1988), pois ele afirma que atributos indesejados, tais como a cor da pele, religião, deficiência física, opção sexual, entre tantas outras possibilidades, são considerados estigmas, no caso dos ciganos o estigma é presente em sua identidade e suas práticas sociais. Goffman aponta que o estigma estabelece uma relação impessoal entre indivíduo estigmatizado e indivíduo não estigmatizado.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa em questão é de fundamental importância a adoção de diversas técnicas, dentre as quais destaco: pesquisa bibliográfica, entrevistas abertas e aplicação de questionários, além da netnografia.

De início, proponho-me a entender como as pessoas albinas lidam com o albinismo, no tocante as interações sociais, sociabilidade, inserção no mercado de trabalho, preconceito, estigmas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PROVISORIAMENTE FINAIS

Não apresento resultados, pois algumas indagações que foram levantadas precisam ser respondidas, e serão trabalhadas posteriormente, pelo autor deste trabalho, através da observação participante, netnografia e entrevistas. Para uma melhor compreensão, deixo clara a necessidade de tomar as pessoas com albinismo como um objeto de estudo de extrema relevância social. Tal como o projeto de Bísvaro, proponho-me, por meio dos dados coletados, a contribuir de maneira significativa para dar visibilidade aos PCA, como também para a adoção de políticas públicas voltadas para eles. Acredito que a realização do censo dessas pessoas já seria de grande valia, para termos noção da quantidade de pessoas com albinismo no país.

Para além do Brasil, há muito ser relatado, principalmente no que diz respeito aos albinos da África, particularmente da Tanzânia, onde eles são cobiçados pelos bruxos e curandeiros; os membros dos seus corpos, tais como, as pernas, os braços, a pele, a língua, as genitais e cabelos de albinos milhões de dólares, segundo Basso e Nina (2010, p. 4).

As teorias que me deram suporte para o desenvolvimento da pesquisa com as pessoas albinas dentro da Área da Antropologia e Sociologia estão

sendo desenvolvidas. Muito se tem a falar ainda sobre as pessoas com albinismo, só nos resta encontrar espaço e pessoas interessadas por essa problemática de extrema relevância social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. S.; ARAGÃO, A. S. S. A autoaceitação no cotidiano dos “filhos da lua”: Uma análise do ser diferente na obra *Escolhi ser Albino*, de Roberto Rillo Biscaro. CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E INCLUSÃO, Campina Grande, Paraíba, 2014.

BÍSCARO, R. R. **Escolhi ser albino**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

LANGDON, E. J.; WIKK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, mai.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23>. Acesso em: 18 out. 2015.

Palavras-chave: Pessoas com albinismo; Políticas públicas; Saúde; Visibilidade.

ANTROPOLOGIA E SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA NOS CURSOS DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA DA UERN

Alcides Leão Santos Júnior¹

INTRODUÇÃO

O biônimo saúde e doença sob o olhar de grupos específicos pode ser apontado como uma das principais formas de compreensão da relação entre a Antropologia e a Ciências da Saúde. Isso porque essas ciências procuram estudar as várias formas de inter-relação entre os homens, no caso específico, o processo de saúde e de doença.

Entendemos que um dos pontos imprescindíveis para a compreensão da inter-relação entre a Antropologia e a Saúde está o entendimento do que seja doença e enfermidade. Para Vicini (2002, p. 65) “[...] a doença é uma condição de uma determinada parte do corpo, afetada por um vento que o prejudica, a enfermidade está relacionada à totalidade do ser humano. Uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença.”

Neste contexto, a Antropologia da Saúde, como área da Antropologia, procura retirar do centro da questão as patologias e evidenciar os sujeitos e seus processos de adoecimento. Assim, ao apontarmos a doença e a enfermidade como o que aproxima a Antropologia e a Saúde, é preciso deixar claro que um dos fatores primordiais para a compreensão dos grupos sociais é o seu aspecto sociocultural, deslocando, desse modo, o processo de saúde

1. Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: santosjunioralcides@gmail.com.

e doença de uma visão meramente física para o aspecto social, cultural e espiritual, além da compreensão que outras práticas podem ser efetivadas através de ações de “agentes outros” do desenvolvimento da saúde, tais como: “benzedeiras, curandeiros, xamãs, pajés, pastores, padres, pais de santo, dentre outros, cujas terapêuticas de cura são produtos de variados tipos de bricolage que têm raízes em práticas milenares [...]” (MAUÉS, 2010, p. 125).

É com este olhar que a Antropologia da Saúde tem procurado contribuir para uma compreensão mais holística do processo de saúde e doença e dos múltiplos agentes que desenvolvem tais práticas.

É preciso lembrar que as primeiras pesquisas na área da Antropologia, que visavam uma aproximação com a Saúde, ocorreram através da chamada “medicina popular”, como aponta Queiroz e Canesqui (1986).

Visando estudar grupos específicos e sua institucionalização, a Antropologia Social constitui-se como um campo que tem despertado o interesse e procurado aproximar os conhecimentos das áreas de Humanas dos da área da Saúde. A partir dessa inter-relação, os cursos das áreas das Ciências da Saúde têm inserido os conhecimentos da Antropologia no processo formativo dos estudantes a fim de possibilitar a compreensão dos indivíduos e de grupos sociais sob um olhar mais complexo e multirreferenciado – postura essa que tem o propósito de diminuir o cientificismo e a antropofobia presentes nos cursos de saúde (MINAYO, 1991).

A Antropologia da Saúde surge como um componente curricular que faz uso da Antropologia Social para agregar um “olhar outro” no entendimento do que seja saúde e doença. No caso específico dos cursos de Odontologia e de Enfermagem do Campus Caicó da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), este componente tem sido ofertado em ambos os cursos desde o ano 2007. Diante disso, pretendemos aqui relatar como vem sendo ministrado o componente curricular Antropologia da Saúde nos cursos de Enfermagem e Odontologia referidos anteriormente, uma vez que vislum-

bramos o estudo do processo de saúde e doença sob a ótica da Antropologia como podendo ter a finalidade de proporcionar aos estudantes dos cursos de graduação na área de saúde a compreensão destes processos como culturais e sociais também.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência à luz da vivência enquanto docente do componente curricular. Assim, procura-se descrever como vem sendo ministrado o componente curricular Antropologia da Saúde nos cursos de Enfermagem e Odontologia, do Campus Caicó (UERN).

O componente curricular possui uma ementa que preconiza um

[...] estudo do objeto e das formas da Antropologia social, relacionando-a com a saúde e a enfermagem: visão cosmológica de grupos específicos, relações entre corpo e mente, cultura e a cura nas diferentes construções simbólicas desses grupos com a realidade social em diferentes contextos político/econômico.

Enquanto objetivo geral, no componente curricular, visa “compreender os principais conceitos da Antropologia a fim de relacioná-los com a área de saúde visando refletir sobre as diferenças culturais e o exercício profissional”. As atividades no componente são realizadas em dois momentos: um teórico e outro teórico-prático.

No momento teórico, são apresentados os fundamentos básicos da Antropologia, procurando relacioná-los à saúde. São ministrados em três unidades: na primeira é apresentado o percurso histórico da Antropologia enquanto ciência e o surgimento e desenvolvimento da Antropologia da Saúde; na segunda, aborda-se a cultura do corpo, o normal e o patológico na perspectiva antropológica; e, por fim, na terceira, são apresentados os

sistema de crenças e de cura; demonstrando-se e discutindo-se as alternativas de assistência de saúde, procurando apresentar a assistência informal (família e amigos), a assistência popular (curandeiros, parteiras), e os novos paradigmas da Antropologia e da Saúde.

No momento teórico-prático, a turma é dividida em Grupos de Trabalhos (GT) para vivenciar espaços de desenvolvimentos de saúde. Nos GT, os estudantes são convidados a vivenciar espaços alternativos de saúde pela via da fé: na Igreja Universal do Reino de Deus, Centro Espírita, Terreiros de Umbanda, Igreja Católica, apreciar a prática das rezadeiras/benzedadeiras e das parteiras para conhecerem estes espaços e sua diversidade cultural. Após as visitas a estes espaços, os estudantes elaboram um texto dissertativo descrevendo como foi realizada a vivência, fundamentando com os textos estudados ao longo do curso. Propõe-se que os estudantes sempre façam uso do referencial teórico, para vislumbrar na prática a concretude e o dinamismo dos temas abordados em sala de aula. Esta proposta insere-se no que Nina Rodrigues (2004) postula como sendo a inserção da Antropologia na compreensão do universo simbólico e o que Roger Bastide (1978) e Pierre Verger (2002) apresentam como sendo os vestígios de um estudo etnográfico.

Creemos que, ao adentrar nestes espaços, os estudantes tentam desnudar-se dos pré-conceitos, e percebem a diversidade cultural ao conhecerem os ritos e momentos da fé do “outro”.

RESULTADOS

A Antropologia da Saúde é movida pela possibilidade da articulação entre saberes da tradição e os acadêmicos. Como o pensamento acadêmico é de tradição racionalista e cientificista que tendem a desprezar outras formas de conhecer/saber, produz um embate entre o conhecimento científico e o da tradição.

Minayo (1991) comenta que o cientificismo acadêmico produz uma racionalidade médica para o entendimento do que seja o processo saúde/doença/cura. A autora defende que esta racionalidade necessita ser repensada e, conseqüentemente, produzida uma forma de convivência entre os saberes e conhecimentos.

No decorrer do desenvolvimento das atividades do componente curricular, detectamos que os conhecimentos são construídos e sistematizados, através das experiências com os Grupos de Trabalhos, nos quais os estudantes têm produzido resumos, artigos e comunicações orais para apresentarem em eventos científicos. Obviamente o objetivo central dos GT não é fomentar a produção acadêmica, mas socializar as experiências a partir do vivido em espaços alternativos de saúde.

Adentrar o universo da religião como um espaço alternativo de cura requer o exercitar e o pensar nos múltiplos sistemas presentes na contemporaneidade. Desse modo, tem-se percebido que a existência e o fomento de ações teórico-práticas proporcionam aos estudantes conhecer, compreender e reconhecer os sentimentos de angústia, medo, sofrimento que conduzem os sujeitos a procurarem os cuidados para a sua saúde em espaços alternativos. Em suma, é perceptível que estas experiências tendem à afirmação da concepção de saúde-doença enquanto um processo social e cultural, ultrapassando, assim, os limites de uma visão biomédica presente e predominante nos cursos de saúde, para que os educandos possam relacionar os conhecimentos da Antropologia em suas respectivas áreas de atuação.

REFERÊNCIAS

- BASTIDE, R. **O Candomblé da Bahia** (Rito Nagô). 2. ed. São Paulo: Nacional; Brasília: INL, 1978.
- CARNEIRO, E. **Candomblés da Bahia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Trad. Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MAUES, R. H. Cura e religião: pajés, carismáticos e médicos. In: FLEISCHER, S. R.; TORNQUIST, C. S.; MEDEIROS, B. T. F. **Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular**. Florianópolis: Ed. da Udesc, 2010. p. 125-142.
- MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.
- QUEIROZ, M. de S.; CANESQUI, A. M. Contribuições da Antropologia à Medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 141-151, 1986.
- RODRIGUES, N. **Os africanos no Brasil**. 8. ed. Brasília: Ed. da UnB, 2004.
- SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, n. 2. p. 3-5, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- VERGER, P. F. **Orixás: Deuses lorubás na África e no Novo Mundo**. Salvador: Corrupio, 2002.
- VICINI, G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: Senac, 2002.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; Antropologia; Saúde e diversidade cultural; Formação.

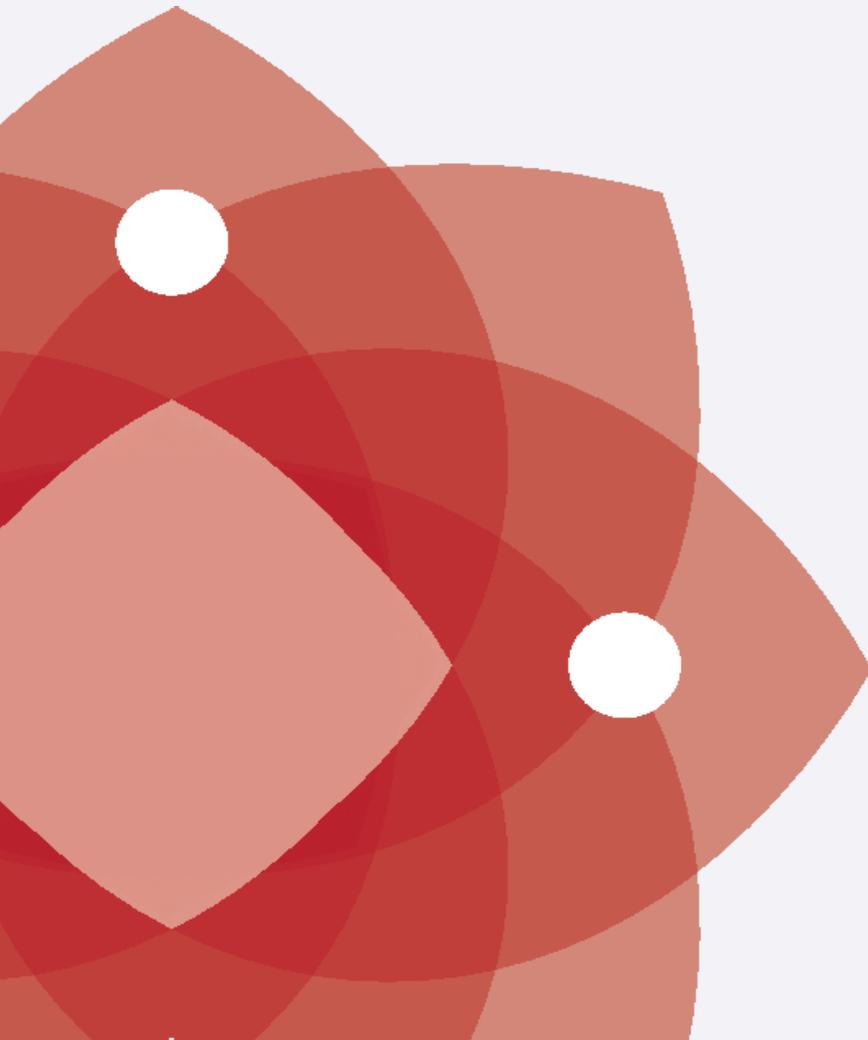
GT 5: EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA E PRÁTICAS DE SAÚDE

Coordenadora: Marcia Reis Longhi (UFPB)

Debatedores:

Octávio Bonet (UFRJ)

Eduardo Brunello (PPGCS/UFCG)



GANHANDO SAÚDE, “PERDENDO VALOR”: DOENÇA, CLIENTELISMO E VOTO

Julianna Azevedo¹

Luciana Chianca²

A CASA: BEM-VINDO À OESTANA

Na cidade de Natal, é possível encontrar um serviço voltado para saúde que compreende o acolhimento e o acompanhamento de pessoas que viajam, periodicamente, de cidades localizadas no interior do Rio Grande do Norte para a capital do estado. Tal deslocamento ocorre porque naquela cidade há uma concentração dos tratamentos médico-hospitalares oferecidos em nível estadual. Nesse sentido, em razão da distância percorrida, faz-se necessário o pernoite ou a permanência, por dias, na capital potiguar.

Esse serviço é oferecido por casas especializadas na acomodação, alimentação e transporte das pessoas que a procuram. Entretanto, por lidar com um ramo singular da hotelaria, ou seja, por serem voltadas para hóspedes doentes e estes não serem familiarizados com a cidade de Natal, essas casas oferecem também (como serviço não pago) uma assistência específica, que compreende agendamentos de consultas, reservas de passagens, encomendas de medicamentos e auxílio individual às pessoas que não gozam de suas capacidades motoras.

1. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), financiado pelo CNPq. E-mail: juliannazevedo@gmail.com.

2. Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba (DCS/UFPB). E-mail: lucianachiancaufpb@yahoo.com.br.

Ocorre que, para acessar os serviços (a princípio, incondicionais e universais) oferecidos pela Casa, quase sempre é necessário ingressar em uma rede de relações marcadas pela presença de dívidas que são em sua maioria políticas, mas revelam também outras dimensões como o compromisso moral ou até mesmo emocional entre os envolvidos. Isso porque os prefeitos (ou o seu pessoal) são considerados, geralmente, os provedores desses benefícios e, como tal, gozam da capacidade de cobrar o retorno, ou seja, o voto.

Além da estruturação e da organização da saúde pública no estado, o entendimento desses relacionamentos remete às localidades de origem dos seus partícipes e ao contexto político-partidário do interior do Rio Grande do Norte-RN.

PARA ALÉM DA OESTANA

Os princípios de lealdade e amizade têm respaldado a dívida assumida nas trocas eleitorais, mas também remetem às relações de “morada” (GARCIA JR., 1988), que se aproximam de uma obediência marcada por vínculos informais, como os de vizinhança e os de parentesco, os quais expressam afetividade e, no caso da Oestana, compromissos eleitorais.

Tais princípios reverberam no valor social do voto, suscitado pelo evento das eleições, e influencia até mesmo o caráter e o “valor” do sujeito:

O povo se vende. No dia de votar, tem gente que fica esperando alguém ir deixar o dinheiro. Só vai na última hora para ver se pegam dinheiro de um e de outro. Esse povo perde o valor no dia da eleição: se você vende o voto logo cedo, depois que você vota, pronto! Perdeu o valor! Até às 5h00min da tarde está valendo. Depois disso, perde o valor em tudo. É assim: eu já lhe dei o que tinha que dar, se vendeu o voto, não deve mais satisfação (M. J., 17/11/11).

Votar na pessoa errada, isto é, que não concede “ajudas”, pode também significar uma perda de “valor”, pois significa um “desperdício” de seu capital eleitoral.

Eu trabalho como mesária nas eleições e observo muito as coisas. Eu vejo o povo saindo da urna e dizendo: ‘perdi meu valor, votei num vereador’. [Por quê?]. Porque vereador não faz nada. Mas o povo também se vende por besteira: tem gente que vota por causa de um botijão de gás ou do pagamento de um papel de luz. A pessoa não deve procurar o político por besteira não: tem que se dar valor (A.T, 29/5/12, grifo nosso).

Os valores e os códigos morais presentes nessas relações perpassam cotidianamente a Oestana, imprimindo sua marca nesse espaço. Nesse sentido, a lógica dessa Casa, a princípio impessoal e cidadina (por se tratar de um serviço público oferecido pelo Estado ao cidadão), convive com representações e práticas identificadas por diversos autores como restritas ao universo agrário e marcado por relações pessoais.

A Oestana revela que essa lógica não é exclusiva de um padrão político rural e nem de cidades de pequeno e médio porte (como as do Oeste Potiguar), estendendo-se para além de sua esfera, e sendo praticada em um meio urbano de uma grande cidade.

Algumas práticas observadas na Oestana são também frequentemente associadas, na literatura sociológica, ao modo de vida rural e/ou interiorano, como acordar antes do amanhecer do dia, ajudar os funcionários no trabalho doméstico, o respeito à divisão sexual do trabalho, e as rodas de conversa formadas depois do entardecer em frente a casa lembrando o “terreiro como um espaço público” (HEREDIA, 1979).

No entanto, apesar de tentadora, a associação dessas práticas com a vivência das cidades interioranas e zonas rurais não significa necessariamente uma extensão desses universos culturais a um contexto citadino. Ao

pensar as “articulações” e as “dinâmicas” dos processos urbanos, Magnani (1998, p. 76) reflete sobre o fato de que as “cadeiras na calçada” podem ser uma expressão de sociabilidade que demonstra uma “boa experiência urbana” e não somente uma manifestação saudosista de outros tempos e espaços sociais.

Em razão do estado de debilidade física e emocional dos pacientes, as “ajudas” têm uma importância valorizada, e até mesmo um sentido divino (LANNA, 1995). Fatores como a escassez de informações sobre o tratamento, a posição socioeconômica desprivilegiada dos doentes e até mesmo a fragilidade adquirida com a doença os torna profundamente agradecidos a uma mínima gentileza: a cópia xerox de um documento, uma ligação para os motoristas dos “carros de linha” ou uma informação sobre o funcionamento de uma determinada instituição de saúde é motivo para que eles se envolvam em uma relação onerosa, cuja gratidão ultrapassa a dimensão material:

Deus só botou pessoas boas na minha vida: tem aquele de José da Penha [Prefeito da cidade vizinha que a assistiu] que ele hoje está com Deus, porque pessoas boas ele leva para perto dele e Dra. Elaine, a médica que descobriu minha doença que até hoje me atende: ele morreu e ela ficou sempre me ajudando: até hoje ela nunca me negou (M. J., 1/3/12).

O compromisso eleitoral estabelecido, resultante, dentre outras razões, dos princípios de gratidão e lealdade ideologicamente identificados à vida rural e interiorana e à política tradicional, extrapola o campo do Coronelismo e do Clientelismo, propiciando a manutenção de uma dominação social e política.

UM CLIENTELISMO URBANO?

Pensar o Clientelismo num contexto urbano exige que repensemos não apenas o modelo de relações que ele pressupõe, mas a própria ideia de “rural” e “urbano”. As instituições que atravessam as fronteiras desses contextos e aparecem no espaço da Oestana nos fazem relativizá-los e pensá-los com base na dinâmica e nos arranjos que compõem o cotidiano dessa Casa.

Além de evidenciar que os limites entre o rural e o urbano não são impermeáveis, o campo nos conduziu a abordar tais contextos a partir de suas interconexões com outros domínios da vida social.

A figura do “Prefeito” como o principal provedor de bens e serviços de saúde não se limita às cidades interioranas e às suas comunidades rurais, podendo ser observada na dinâmica e no funcionamento da Oestana. Esse Prefeito que toma forma de Estado ou o personifica (LANNA, 1997) representa o acesso a bens e serviços de saúde tanto nas pequenas localidades quanto na capital³.

Deslocando-se para a capital, os usuários da Oestana lidam com a “vida da cidade grande”, como as longas filas nas unidades de saúde, a violência, a distância dos lugares, a impessoalidade nas relações que as torna “superficiais” e “transitórias” (WIRTH, 1979), mas, ao mesmo tempo, encontram no cotidiano e na dinâmica da Casa práticas comuns aos seus universos culturais, gerando uma familiaridade que lhes oferece conforto e segurança psicológica.

Longe de serem acessórios, esses dois últimos elementos são de grande relevância para compreender a natureza da “dívida” que esses clientes con-

3. Em algumas situações, o Prefeito utiliza os recursos para as despesas extras como aqueles destinados para combustível e diária, para pagar exames ou passagens, alegando retirar o dinheiro “do próprio bolso”.

traem com seus Prefeitos. A personalização e a industrialização do acesso aos serviços médicos e hospitalares nos faz pensar não apenas na restrição aos serviços públicos de saúde, mas no próprio acesso à cidade e às inúmeras possibilidades de reinvenção e recriação que ela oferece.

REFERÊNCIAS

- FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 3. ed. São Paulo: Globo, 2001.
- GARCIA JR., A. R. Libertos e sujeitos: sobre a transição para trabalhadores livres no Nordeste. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 5-41, 1988.
- HEREDIA, B. M. A. de. **A morada da vida**: trabalho familiar de pequenos produtores do Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- LANNA, M. P. D. **A dívida da vida**: troca e patronagem no nordeste brasileiro. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 1995.
- _____. Relações de poder no Nordeste Brasileiro. Conferência. In: SEMANA DE HUMANIDADES. UFRN, Natal, 1997.
- MAGNANI, J. G. C. Transformações na cultura urbana das grandes metrópoles. In: MOREIRA, A. (org.). **Sociedade global**: cultura e religião. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- WIRTH, L. O urbano como modo de vida. In: VELHO, O. G. (org.). **O fenômeno urbano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Palavras-chave: Saúde; clientelismo; Casa de apoio; Reciprocidade.

TRAJETÓRIAS E ITINERÁRIOS: PERCURSOS E EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM GLAUCOMA

Patrícia de Araújo Leandro¹

INTRODUÇÃO

A pesquisa foi realizada com pacientes diagnosticados com glaucoma e resultou na elaboração de meu Trabalho de Conclusão de Curso, que foi a base do presente texto. O interesse em compreender processos sociais que envolvem a doença, como a vivência, o acompanhamento, estratégias de acesso ao tratamento e a trajetória de inserção do indivíduo no serviço público de saúde surgiu a partir da aproximação com alguns eixos temáticos de uma disciplina cursada no quarto período letivo do curso de Ciências Sociais, a Antropologia da Saúde², e da minha experiência pessoal com a doença.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, fez-se necessário conhecer os processos que envolvem a doença, entender não apenas o diagnóstico e tratamento, mas também informações mais precisas sobre o seu surgimento, questões referentes às políticas públicas existentes para atender os portadores de glaucoma; analisar as implicações diretas e indiretas da doença na vida cotidiana do adoecido; investigar quais as esferas que esta doença, enquanto fenômeno social, perpassa na vida do adoecido, os desafios e di-

1. Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba (DCS/UFPB). E-mail: pathi_lg2araujo@hotmail.com.

2. Disciplina ministrada pela Prof^a. Dr^a Ednalva Neves, como parte do currículo do Curso de Ciências Sociais da UFPB.

lemas; angústias, medos e incertezas que a envolvem, os limites impostos em casos de estágios avançados da doença (CANESQUI, 2007).

Entre as doenças crônicas que atingem a maior parte da população idosa, está o glaucoma. Segundo indicam os dados da Organização Mundial de Saúde³ (OMS), 900 mil pessoas já foram diagnosticadas com glaucoma no Brasil. De acordo com especialistas, o glaucoma é uma “doença neurodegenerativa”. Conforme um *site*⁴ informativo, que fornece informações mais gerais sobre a doença, o glaucoma é uma doença multifatorial complexa, com características específicas, em que ocorre um **dano ao nervo óptico e perda progressiva e irreversível do campo visual**. Este dano óptico geralmente é causado por um aumento da pressão dentro do olho (pressão intraocular ou PIO), mas pacientes com níveis normais de pressão intraocular também podem desenvolvê-lo. O glaucoma, segundo a Sociedade Brasileira de Glaucoma,⁵ é a segunda principal causa de cegueira irreversível no País.

Por meio de um levantamento bibliográfico da literatura antropológica na área da saúde não localizamos pesquisas direcionadas para pessoas que vivem com glaucoma, o que torna a pesquisa um desafio, uma vez que se trata de um tema instigante, porém novo e, por isso, ainda pouco explorado.

Além da literatura, minha experiência pessoal com a doença, ao longo de cinco anos de tratamento, possibilitou-me perceber os caminhos percorridos por uma pessoa diagnosticada com glaucoma, os desafios a serem enfrentados no convívio com a doença e a trajetória de inserção em uma

3. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/glaucoma-atinge-900-mil-pessoas-no-brasil-segundo-dados-da-oms>>.

4. Disponível em: <<http://cuidadocomoglaucoma.com.br/principais/o-que-e/o-que-e-glaucoma/>>.

5. Disponível em: <<http://www.sbglaucoma.com.br/>>.

unidade de saúde que forneça acompanhamento ao paciente, bem como as estratégias de acesso à medicação, que no caso do glaucoma é o colírio.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba (HU/UFPB), um espaço onde se realizam estudos e pesquisas científicas. Para o início da pesquisa, foi necessário um trajeto para a submissão da proposta de trabalho e obtenção da autorização do chefe do setor onde seria realizada a pesquisa, autorização da Gerencia de Estudo e Pesquisa (GEP) e encaminhamento ao Comitê de Ética do Hospital, via *site*.

Esta pesquisa aconteceu basicamente em duas frentes: uma que visava entender como a doença é situada dentro do Ministério da Saúde e quais os percursos que um paciente em potencial traça até descobrir que tem glaucoma; e a outra que propunha-se a escutar, por meio de entrevistas, pacientes e profissionais que são atendidos e trabalham no ambulatório de oftalmologia, situado no sexto andar do hospital.

Foram realizadas 15 entrevistas no período de junho a dezembro de 2014, sendo cinco com profissionais de saúde e dez com pacientes, bem como observações, conversas informais e levantamento de dados. Os critérios para a seleção do público foram: estar inserido no serviço público de saúde, ser usuário do HU, ser paciente diagnosticado com glaucoma e maior de 18 anos, atendido pelo Cerof.

Além da escassez de publicações relacionadas ao glaucoma, observei, através de conversas informais com pessoas que têm a doença, que há pouca discussão e conhecimento sobre a doença. As conversas com os profissionais também foram elucidativas em alguns aspectos. Soube, a partir de conversas com alguns médicos oftalmologistas, que em João Pessoa não há uma associação interessada em oferecer algum tipo de apoio (pedagógico) às pessoas que tem glaucoma. As falas dos médicos também me fizeram perceber que o conhecimento relacionado aos cuidados que envolvem a doença ficam, de certa forma, restritos, resumindo-se ao tempo corrido de uma consulta.

Por outro lado, iniciei um levantamento de informações sobre o glaucoma na Secretaria de Saúde de João Pessoa, o que resultou em um longo trajeto em busca de alguns dados que considero importantes para a fundamentação do meu trabalho. Busquei informações sobre as políticas públicas relacionadas ao glaucoma e, também, dados objetivos, mais precisamente a estatística da doença em João Pessoa, isto é, quantas pessoas tem glaucoma na cidade de João Pessoa. Para minha surpresa essa quantificação não existe. A partir dessa informação, surgiram outras questões que contemplam a relação do poder público com essa doença.

Os objetivos iniciais foram:

1. Entender a experiência da doença em pacientes com diagnóstico de glaucoma na perspectiva sócio antropológica;
2. Compreender como o glaucoma é entendido pelos portadores; como é a vivência da doença da perspectiva dos portadores e como lidam com a nova realidade;
3. Conhecer como a doença interfere na vida social do portador;
4. Investigar como se dá o tratamento e qual o ponto de vista do profissional sobre o tratamento e sua aceitação pelos pacientes;
5. Conhecer como essa doença é tratada e acompanhada no Ambulatório de Oftalmologia do Hospital Lauro Wanderley, e como é o processo de inserção no atendimento nesse local.

Com relação ao atendimento do glaucoma em João Pessoa, foi observado, a partir das entrevistas com os usuários do serviço público e suas narrativas sobre as trajetórias até chegarem ao diagnóstico, que a realidade de atendimento do glaucoma na cidade é bastante complexa, e que as vias de acesso ao diagnóstico são bastante diversas. O marco inicial é sempre uma consulta de primeira vez que é marcada através do PSF, para se chegar

a um local de atendimento especializado em problemas da visão. Através de consultas e exames, dá-se a detecção. Entretanto, essa detecção parte de uma suspeita, pois há uma sequência de exames que são feitos até que se chegue ao diagnóstico. Após essa fase tem início o trajeto pós-diagnóstico, que é o tratamento e acompanhamento que inclui uso do colírio e retornos para realização de exames.

Ao buscar saber a quantidade de pessoas diagnosticadas com glaucoma, procurei informações sobre onde eu poderia ter acesso a esse dado e me foi sugerido que eu fosse à antiga Prefeitura, que na época era a Diretoria de Regulação e Marcação de João Pessoa, chamada de Regulação. Para conseguir informações, conversei com a diretora administrativa, apresentando o encaminhamento que havia dado entrada na Secretaria. Procurei saber não apenas o número, mas também o que existe de ações governamentais relacionadas ao glaucoma, e a informação obtida foi que o glaucoma não está inserido dentro de uma rede de cuidado do Ministério da Saúde, e, portanto, não está inserido na política de atenção básica de saúde. Foi-me sugerido ir à Secretaria de Saúde Estadual para conversar com a apoiadora das redes de cuidado, o que eu não fiz. Fui encaminhada para conversar com uma oftalmologista a Comissão de Oftalmologia na Regulação, pois foi considerada a melhor pessoa para tratar do assunto. Em conversa com a oftalmologista, fiz as mesmas perguntas e me foram dados alguns esclarecimentos a respeito do tema.

A rede de serviços organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) classifica o glaucoma como consulta especializada. A consulta especializada permite um olhar mais específico acerca da doença, pois, de acordo com a lógica organizacional de serviço de saúde, a atenção especializada constitui a continuidade da atenção básica, que é a principal porta de entrada do sistema de saúde pública. Uma questão que merece destaque, no caso do glaucoma, é como a pessoa chega nesta consulta especializada, já que ela não tem um

sintoma, ou seja, não tem a queixa “específica” que faria a atenção básica encaminhar para o serviço de diagnóstico do glaucoma. Este fato reforçou a preocupação com a invisibilidade da doença.

Um primeiro ponto a ser observado é o fato de a doença ser ‘silenciosa’, por não apresentar sintomas, e a relação do sujeito com o serviço de saúde, que influenciam muito no diagnóstico da doença, pois o ‘início’ de tudo (para se buscar auxílio médico) se dá por meio de alguma queixa nos olhos, ou seja, é necessário que a pessoa sinta algo para buscar assistência médica, queixa que muitas vezes nem está relacionada ao glaucoma.

O elemento da invisibilidade não só está presente na relação da pessoa com a doença, por se tratar de uma característica do glaucoma a ausência de sintomas, mas também faz menção à forma como a doença está inserida na grade organizacional de saúde, não aparecendo em programas de atenção que tratem exclusivamente dessa doença.

Estes dados reforçam a ideia de que o desconhecimento das pessoas em geral e daquelas que se descobrem portadoras de glaucoma, em particular, sobre a doença está fortemente relacionado à sua invisibilidade ampla, desde o indivíduo até o sistema, que incide diretamente na falta de dados e na falta de políticas públicas.

O enfoque na questão do itinerário terapêutico (FERREIRA; SANTO, 2012) tornou-se fundamental para entender como essa doença é percebida pela sociedade, como era apresentada através das políticas públicas locais, e, por outro lado, como é vista pelo próprio adoecido.

REFERÊNCIAS

CANESQUI, A. M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**.

São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2007.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. L. Pesquisas em versus pesquisa com seres humanos. In: VÍCTORA, C. et al. **Antropologia e ética**: o debate atual no Brasil. Niterói: EdUFF, 2004. p. 33-34.

FERREIRA, J.; SANTO, W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis**, Revista de Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; Glaucoma; Políticas públicas.

VELHICE E CUIDADO: ETNOGRAFANDO UMA INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE LUCENA/PB

Franciely Fernandes Duarte¹

INTRODUÇÃO

Ao pensarmos sobre o processo de envelhecimento, podemos perceber que esse processo é uma realidade presente em todo o mundo: seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, o número de idosos vem crescendo cada vez mais.

A população do Brasil, bem como dos demais países, é uma população que esta envelhecendo. Como isso, vários órgãos têm se preocupado em como o estado brasileiro pretende agir diante dessa realidade. Pensando nesse ponto, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) publicou, em 2010, o livro *Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?*, organizado por Ana Amélia Camarano, trazendo para discussão a preocupação com o idoso na sociedade atual, e analisando as condições de sobrevivência dos idosos no Brasil, os problemas e desafios da proteção e dos cuidados com esse grupo, ou seja, pensando em como a sociedade vai agir em relação a essa realidade, entendendo que ela não é apenas um problema do âmbito privado, mas também do público, requerendo um posicionamento do Estado em relação à situação.

1. Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UBPB).
E-mail: Francielly.una@gmail.com.

Elementos culturais também são muito importantes quando se fala do cuidado e principalmente do cuidado com idosos. Nadya Guimarães, Helena Hirata e Kurumi Sugita fazem um estudo comparativo entre Brasil, França e Japão sobre o cuidado no artigo “Cuidado e cuidadoras: o trabalho da care no Brasil, França e Japão”. De acordo com as autoras, o debate sobre o cuidado na França desenvolveu-se nos últimos cinco anos, já no Brasil a investigação sobre o tema nas Ciências Sociais ainda aparece de forma tímida, sendo que a maior parte das pesquisas relacionadas ao cuidado foram produzidas no campo da saúde. No Japão, por sua vez, os médicos foram os primeiros a apresentar questões relativas ao cuidado, tema bastante investigado pelas ciências sociais japonesa.

Segundo Guimarães, Hirata e Sugita (2011), a estruturação das políticas sociais relacionadas aos idosos é evidenciada por volta dos anos 1990, no Brasil e na França, diferentemente do Japão, onde o problema dos cuidados de longa duração emergiu na década de 1960, em razão do percentual de idosos ser maior do que o percentual do Brasil e da França. O modo de construção institucional da política de cuidado aos idosos se diferencia entre os países, cada qual com sua forma e ponto de vista em relação ao cuidado com o idoso.

Dessa modo, o artigo das autoras evidencia que, dependendo da cultura sobre a qual se está falando, os aspectos do cuidado e as soluções são diferentes. No Brasil, apesar do processo de envelhecimento ser um fato presente, ele é relativamente novo, não havendo ainda muitas alternativas para amenizar esse processo, que é uma realidade que envolve o Estado, a família, políticas públicas, em que cada cultura, de cada país, e cada localidade têm suas formas específicas de tratar os seus idosos.

Assim, parece-me extremamente relevante, no contexto atual, pensar um pouco mais detidamente essas relações de cuidado com os idosos. No que diz respeito pontualmente ao cuidado, Márcia Reis Longhi (2014) evidencia a sua polissemia. Segundo Longhi (2014, p. 6), “o cuidado não apareceu fixo

e fixado num único sentido, mas dinâmico, múltiplo e contextualizado”. A autora assinala que

Enquanto o cuidado for pensado unicamente no sentido vertical e assimétrico, onde existe uma clara delimitação entre quem é cuidado e quem é o cuidador, estamos reproduzindo um lógica de poder, hegemonia e deixando de ver outras possibilidades. Considerando que o cuidado é interessante a existência, mas não universal e nem único, seguir a suas expressões pode nos informar muito sobre os sentidos das relações (LONGHI, 2014, p. 11).

É pensando nessa perspectiva direcional do sentido de cuidado que pretendo evidenciar, nesta pesquisa, o cuidado com idoso. Partindo do cuidado no seu sentido antropológico, e não unicamente no sentido da saúde, é que se faz necessário o aprofundamento desse estudo na Antropologia Social. Nesse sentido, parece-nos bastante pertinente um olhar antropológico sobre essa realidade, pois a antropologia irá permitir uma visão micro das relações, permitindo pensar como essas mudanças demográficas e as formas de reflexão sobre o cuidado com o idoso estão se associando para criar novas possibilidades de cuidado e de que maneira isso está de fato acontecendo.

As informações demográficas são importantes, pois nos permitem pensar um mapa de uma realidade, bem como nos determos sobre a dimensão micro das relações, pois nos indicam as estratégias que estão se construindo, quais os sentidos que estão sendo atribuídos para essa nova realidade. Foi partindo dessa forma de pensar que resolvi abordar uma realidade bastante específica: um lar de idosos situado nas redondezas da Comunidade Nossa Senhora da Guia, no município de Lucena-PB.

O lar do idoso põe em evidência, no seu contexto, “o cuidado” como principal agente em sua dinâmica de funcionamento. É pensando esse “cuidado” com o idoso que pretendo dar início a essa pesquisa.

Trata-se de pensar o cuidado antropologicamente, não apenas no sentido da saúde, mas também em seu contexto social e dinâmico, local, a fim de trazer novos questionamentos e formas de pensar sobre o tema. O destaque ao cuidado torna-se relevante porque esta realidade permite vê-lo em diferentes âmbitos, pois, de um lado, há o cuidado familiar, como é visto por eles, como esse cuidado é justificado no momento em que se coloca um idoso nesse lar e, por outro, o cuidado pelo profissional da saúde e como eles o veem, trazendo, assim, o cuidado a partir de perspectivas, contribuindo e ampliando a discussão a esse respeito.

O objetivo geral desse trabalho foi realizar uma etnografia, observando e compreendendo a dinâmica do cuidado no lar do idoso da Comunidade da Guia, entendendo as diferentes formas de cuidado existentes nesse meio, tentando, desse modo, perceber a perspectiva do cuidado em sua forma polissêmica, isto é, na sua apropriação em diferentes contextos: no campo da saúde, de promoção social e no âmbito da família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar uma etnografia observando como se dá a dinâmica local do lar do idoso na Comunidade da Guia, localizada no distrito de Lucena, PB; realizar um levantamento histórico sobre como, quando e porque surgiu o lar do idoso na comunidade, bem como saber quem são os funcionários do local; entender o sentido do cuidado para os cuidadores (funcionários do local) e para os que são cuidados (os idosos que frequentam o local), e para os integrantes do grupo familiar; verificar quem são os idosos e familiares que frequentam o lar do idoso, e sua relação com o lar, e quais os motivos que os levaram até lá.

METODOLOGIA

Essa pesquisa teve como principal ferramenta metodológica a etnografia, pois, de acordo como Debert (2007), a etnografia na antropologia clássica apresenta dois objetivos: o primeiro é oferecer uma descrição densa das particularidades culturais e o segundo é transcender as particularidades pensando a humanidade em seu conjunto.

Serão realizadas entrevistas informais, através de conversas com os idosos, funcionários e familiares. A observação de campo será fundamental para a realização deste trabalho, bem como a leitura e reflexão de bibliografia que aborde as temáticas relacionadas com os objetivo desse estudo. O diário de campo será a ferramenta utilizada para reflexões sobre as observações em campo que serão feitas através de visitas frequentes ao lar do idoso e à Comunidade da Guia, apresentando como principais agentes o idoso do lar ali localizado.

Considero que pesquisar o cuidado com idosos é algo importante. O cuidado apareceu nesta pesquisa como um elemento importante e fundamental no cotidiano dos idosos do lar, pois está o tempo todo fluindo e caminhando em vários sentidos, e isso é algo que precisa ser mais bem estudado e abordado. Contudo, o cuidado foi tratado neste trabalho não como um elemento central, mas, sim, como mais uma categoria analítica a ser pensada ao abordar o lar de idosos de Lucena.

Estudos que colocam uma lente de aumento nessas instituições cuidadoras de idosos são importantes, pois nos permitem pensar todas as possíveis críticas e as possibilidade de questionamento sobre uma instituição direcionada para essas pessoas, como também nos permitem perceber que se trata de um cotidiano muito mais ativo do que pode parecer de início, no qual há uma troca intensa entre os próprios idosos e entre os funcionários e idosos.

Essas instituições precisam ser mais estudadas e pesquisadas, para possibilitar a instrumentalização de políticas públicas direcionadas aos idosos, pois é nas observações do cotidiano que ficam evidente suas reais necessidades, tendo em vista que as relações existentes nesses espaços são muito mais complexas do que podemos pensar.

REFERÊNCIAS

- BRITO DA MOTTA, A. Chegando pra Idade. In: BARROS, M. M. L. de (org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2007. p. 223-235.
- BOURDIEU, P. A Juventude é apenas uma palavra. In: **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. de (org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2007. p. 13-34.
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151-180, jul. 2011.
- LINS DE BARROS, M. M. (org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- LONGHI, M. R. et al. **Etnografando o cuidado: observando o cuidado com o idoso nas relações familiares e no serviço de saúde a partir de uma etnografia na comunidade de Nossa Senhora da Guia no município de Lucena/PB**. Edital universal. 2014.
- LONGHI, M. R. 'Ser' cuidado, 'ser' cuidador: reflexões a partir de narrativas de casais homossexuais sorodiscordantes. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA - RBA, 29., Rio Grande do Norte. **Anais...** Brasília: ABA, 2014.
- MACIEL, E. et al. **Etnografia na Guia: estudos antropológico sobre a comunidade de Nossa Senhora da Guia no Município de Lucena/PB**. Grupo de Pesquisa em Saúde e Cultura [blog]. Disponível em: <<http://grupessc-ufpb.blogspot.com.br/2012/04/conheca-nossos-projetos-em-andamento.html>>. Acesso em: 24 set. 2014.

Palavras chaves: Idoso; Envelhecimento populacional; Lar de idosos de Lucena/PB; Cuidado.

GUARDIÃS DOS SABERES POPULARES DE CURA: A EXPERIÊNCIA DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELAS MEIZINHEIRAS DO CARIRI CEARENSE

Bruna Dayane Xavier de Araújo¹

José Levi Furtado Sampaio²

ILUSTRANDO O OBJETO E OBJETIVOS DA PESQUISA:
AS EXPERIÊNCIAS DE PRÁTICAS DE CURA DO GRUPO
AS MEIZINHEIRAS DO PÉ DA SERRA - CARIRI/CE

O uso de plantas medicinais constitui-se como um saber ancestral que vem sendo repassado de geração em geração, especialmente através da oralidade. No Brasil, as ações de utilização de plantas medicinais são fruto das influências culturais, constituindo o saber popular. Este, por sua vez, é desenvolvido por pessoas e o seu convívio com o ambiente, apropriando-se dele e (re)construindo-o a partir das experiências diárias. A utilização de plantas curativas é resultante de influências culturais, dos europeus, indígenas e africanos.

Araújo (1999) aponta que, com a miscigenação, a medicina do povo transformou-se num rio caudaloso de influências, recebendo diversidades altamente criativas de culturas e de povos, o que vem a representar o espírito

1. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Universidade Federal do Ceará (PRODEMA/UFC/Capes). E-mail: bru.arauj@gmail.com.

2. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Universidade Federal do Ceará (PRODEMA/UFC/Capes). E-mail: joselevi@gmail.com.

de brasilidade da cultura popular. Matos (2002) coloca que aproximadamente 82% da população brasileira utilizam produtos a base de plantas medicinais em seus cuidados primários de saúde.

Neste contexto, corpo, saúde, ambiente e emoções estão intimamente envolvidos. Camargo (2014) explana que essas práticas populares de cura são um sistema que envolve técnicas de diagnósticos e interpretações terapêuticas voltadas ao ser humano em suas dimensões física, mental e espiritual.

A presente pesquisa investiga as práticas populares de saúde desenvolvidas pelo Grupo Meizinheiras do Pé da Serra, localizado na comunidade Chico Gomes, situado a oito quilômetros da sede do município do Crato, região do Cariri cearense. E tem como objetivo decodificar a concepção de saúde para os integrantes do grupo e compreender como são apropriadas e desenvolvidas as práticas de medicina popular, levando em conta essas interações dentro do contexto do saber popular. Além disso, busca identificar as estratégias de transmissão de saberes e as dinâmicas de construção desses conhecimentos na cultura popular local.

A comunidade Chico Gomes possui, atualmente, 50 famílias, e teve seu processo histórico de ocupação, semelhante ao município do Crato, a partir de engenhos com produção de cana-de-açúcar. A comunidade possui um rico legado cultural, e dentre as expressões populares estão danças e músicas, como coco e reisados. A partir da apropriação dos conhecimentos e da consciência de uso dos saberes endógenos na comunidade Chico Gomes sobre saberes populares de cura, surgiu o desejo de sistematizá-los, para não perdê-los com o tempo, assim foi criado o grupo Meizinheiras do Pé da Serra.

O grupo possui várias receitas caseiras, por exemplo: lambedores, chás, banhos, infusões, unguentos de plantas, garrafadas, sabonetes caseiros, pomadas, e uso de folhas para benzeduras. Chás para dor de estômago, azias, gastrite estão entre as suas especialidades. Essas experiências, para as pessoas,

possuem diversas finalidades, desde a dimensão espiritual, passando pela alimentícia e como remédios naturais.

O uso destes remédios está para além da composição química das plantas, pois está intrinsecamente envolvido em um universo de crenças que as pessoas investem ao fazer uso dos produtos naturais. Os integrantes se reúnem para produzir os remédios, utilizam-nos em casa e os demais produtos vendem em feiras do município.

Dona Iraci, integrante do grupo, tem 66 anos, é aposentada. Em seu relato diz: *“Criei meus filhos todos com os saberes daqui, só levo meus filhos para um médico, depois de usar toda minha sabedoria com as plantas”*. Maria Leandro, 68 anos, elenca a importância dessas práticas, de *“não tá necessitando o tempo todo tá ao pé do médico”*. *“Cada planta que tem aqui é uma serventia para fazer remédios. Meus nove filhos criei assim: fazendo chazim e com os lambedor. Assim que criei eles”*, relata. D. Raimunda, 60 anos, discorre sobre as atividades culturais, a música e a dança local: *“Nós dança o coco que faz parte da nossa saúde, nós fica muito alegre, muito satisfeita”*. Por fim, sabiamente, afirma que *“saúde é felicidade”*.

A concepção de saúde para as Meizinheiras liga-se a uma teia de diversas dimensões: sociedade-natureza, espiritualidade, relações sociais e identidade com o lugar. As atividades de utilização e manejo das plantas medicinais deste grupo (re)constroem laços de pertencimento cultural que permanecem e resistem à homogeneidade dos processos culturais globalizados, que na atualidade são possíveis destruidores das resistências das organizações comunitárias, territorializadas, presentes em diversas localidades do mundo. As ações de resistência são decorrentes da coesão, da liga, da inter-relação entre os corpos sociais que se interconectam para continuar existindo de forma inesgotável. No espaço pesquisado, há um grupo social que reafirma seus territórios material e imaterial, uma vez que esta em questão a sua

permanência e re-existência, através de atividades culturais espontâneas e modos de vida que portam uma identidade com o local.

METODOLOGIA

A pesquisa compreende as seguintes etapas metodológicas: levantamento bibliográfico, pesquisa documental e realização de trabalhos de campo. Este último no intuito de compreender como acontece o uso de plantas medicinais na cotidianidade e de construir o processo de pesquisa participante. Esta experiência fortalece a práxis da investigação científica. Brandão coloca que

Só se conhece em profundidade alguma coisa da vida, da sociedade ou da cultura quando há um envolvimento ou um empreendimento pessoal entre o investigador e o quê ou quem se investiga e de que é a “intenção premeditada” ou uma determinada relação e/ ou política estabelecida que sugere como realizar o trabalho de pensar a pesquisa. E quando a lógica da cultura investigada passa a ser mais importante que a do próprio pesquisador, diz-se de se tratar de uma observação participante. (BRANDÃO, 1984, p. 58)

A observação é uma maneira de penetrar no ambiente, buscar e sentir os significados que estas pessoas dão para suas atividades diárias e imergir no universo simbólico e afetivo das pessoas.

Nas idas a campo foram realizados registros fotográficos. A imagem coloca-se como uma maneira de captar, registrar, para além da escrita, as vivências. Exprime atmosfera e os elementos que constituem o espaço-tempo do lugar. “As imagens dialogam com a realidade e como representação dessa realidade. As imagens são observações estéticas e documentais dessa realidade”. (ANDRADE, 2002, p. 15). A fotografia aperfeiçoa o olhar para

elementos sensíveis e repletos de subjetividade e alteridade. Novaes (2012) assinala que a fotografia aparece como recurso estratégico que se alia ao caderno de campo, permitindo registrar o que dificilmente conseguimos descrever em palavras.

A participação nos encontros do grupo Meizinheiras do Pé da Serra está sendo acompanhada de entrevistas. Sousa (2012) coloca que entrevistar é uma forma de desenhar uma escrita que adentra o território desconhecido do outro, colocando em cena um desejo de saber e uma escuta que dá a chance ao entrevistado de narrar aquilo que experienciou, mas que ainda não encontrou seus contornos precisos.

Entrevistar requer tempo, atenção, envolvimento e escutar atenta das narrativas de vida, respeitando o ritmo dos entrevistados; requer observar os gestos, as entonações, as emoções dentro do discurso, e até mesmo escutar o silêncio no intervalo entre uma fala e de outra, com a intenção de entender como o seu processo histórico-social levou aos conhecimentos e práticas populares de cura, qual a importância da mata, da difusão desses saberes e as principais dificuldades que eles encontram.

RESULTADO E CONCLUSÕES

As práticas de sociabilidade em torno da arte de curar através do uso de plantas medicinais são importantes instrumentos de promoção de saúde, autonomia e sustentabilidade para os sujeitos em questão. Essas práticas populares de saúde relatam sobre o local onde estão inseridas e suas práticas sociais de re-existência. Em cada lugar essas atividades ocorrem de forma diferente, embora a matéria prima seja a mesma: as plantas medicinais. No Cariri, isso se dá a partir da interligação de expressões culturais e religiosas/espirituais. Na comunidade Chico Gomes, município do Crato, os conhecimentos acumulados durante gerações trazem, no cotidiano, alternativas à

saúde e processos de afirmação do território. As atividades do grupo investigado fomentam e são fomentadas a partir de uma relação de retroalimentação, em função de uma territorialidade. As pessoas recriam laços com o local onde vivem desde suas apropriações físicas e com elementos simbólicos que compõem o seu espaço.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. **Fotografia e antropologia**: olhares de fora-dentro. São Paulo: Estação Liberdade; Educ, 2002.
- ARAÚJO, I. de. **A medicina popular**. Natal: Ed. da UFRN, 1999.
- BRANDÃO, C. R. Repensando a pesquisa participante. **Em aberto**. Brasília, ano 3. n. 20, p. 58-63, abr. 1984. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/issue/view/145/showToc>>. Acesso em: 11 jun. 2015.
- CAMARGO, M. T.; LEMOS, A. **As plantas medicinais e o sagrado**: a etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil. São Paulo: Ícone, 2014.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NOVAES, S. B. A construção de imagens na pesquisa de campo em antropologia. In: **Iluminuras**. Porto Alegre, v. 13, n. 31, p. 11-29, jul./dez. 2012.
- OLIVEIRA, E. R. de. **O que é medicina popular?** São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985.
- SOUSA, E. L. de. Entrevistar. In: FONSECA, M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

Palavras-chave: Plantas medicinais; Práticas de cura; Saber popular; Territorialidade.

“MEDICAMENTO NÃO, APENAS TYLENOL”: UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS NA COMUNIDADE DE NOSSA SENHORA DA GUIA EM LUCENA/PB

Jadson Kleber Lustosa Ribeiro da Silva¹

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi desenvolvida na comunidade da Guia, localizada em Lucena/PB, a 54 km da capital, João Pessoa. A comunidade possui esse nome em razão da aproximação com o Santuário de Nossa Senhora da Guia. Esse santuário foi construído pelos frades Carmelitas que pertenciam à ordem de Nossa Senhora do Carmo, no ano de 1591, tendo papel fundamental para catequização dos povos locais. Os dados da pesquisa foram coletados em momentos diferentes, tendo início no ano de 2013, quando realizei o primeiro contato com o campo de pesquisa, indo até o início de 2015, data em que realizei a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais.

Essa pesquisa é de natureza qualitativa, e se propôs a investigar, através de relatos dos moradores e da observação participante, a relação dos moradores da Guia com o consumo de medicamentos a partir de suas experiências individuais e coletivas no universo da comunidade.

1. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB/CNPq). Email: jadson.b6@gmail.com.

O objetivo principal dessa pesquisa foi compreender a dinâmica das práticas de consumo de medicamentos realizada pelos moradores da comunidade da Guia, e a sua relação com a saúde e a doença, e, por meio disso, revelar as estratégias pelas quais os moradores adquirem e consomem os medicamentos, e como essas estratégias são compartilhadas entre eles.

Eles possuem acesso aos medicamentos principalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade, mas também recorrem às farmácias mais próximas e a outras Unidades de Saúde para obtenção do medicamento quando está em falta, e também quando há falta de recursos na Unidade de Saúde da comunidade. A Unidade de Saúde da comunidade era importante não apenas para os moradores da comunidade, mas para moradores de outros locais, por funcionar todos os dias, com a presença da médica uma vez por semana, sendo considerada como "posto âncora".

Minha experiência de campo foi realizada em visitas mensais, e as informações foram coletadas com os moradores da comunidade com quem tive a oportunidade de conversar e entrevistar, e com profissionais de saúde (auxiliares e agente de saúde) que estavam presentes no dia em que ia para a comunidade, e também por meio da observação na Unidade de Saúde.

A presença na Unidade de Saúde na comunidade me possibilitou observar a dinâmica dos moradores da comunidade nesse espaço público, e o acesso a algumas residências me permitiu perceber como era a dinâmica num ambiente privado.

Como técnica de coleta de dados, elaborei alguns questionários, com perguntas voltadas à minha temática de pesquisa, utilizei também conversas informais com os moradores da comunidade e com os agentes de saúde, assim pude coletar informações mais gerais sobre a comunidade, bem como

informações bastante relevantes para compreender a dinâmica da comunidade da Guia, e também sobre a própria história da comunidade, contribuindo dessa forma para uma descrição mais detalhada do universo de pesquisa.

Utilizei ainda um caderninho para registrar as informações e também um gravador de áudio, usado em dois momentos para registrar algumas conversas e também para registro de uma palestra que ocorreu na comunidade.

Para estudar os medicamentos, tive que pesquisar um pouco sobre algumas das suas terminologias e diferenciações, entre alopáticos, homeopáticos, fitoterápicos etc. e descobri que eles estão regulamentados dentro da política denominada de Uso Racional de Medicamentos (URM), que propõe que as práticas de consumo de medicamentos sejam homogêneas nas sociedades ocidentais, visando impedir a automedicação, que seria o uso indevido ou não administrado dos medicamentos.

Nessa perspectiva, observei na comunidade a influência dessa política de administração no exercício da atividade dos profissionais de saúde, que alertavam constantemente os moradores sobre o uso indevido desses fármacos, como forma de controle social. Essa política pode ser analisada como uma forma de exercício do poder biomédico sobre os corpos físicos e sociais quanto ao consumo de medicamentos e também sobre os outros tipos de saberes.

O medicamento tem sido o principal recurso terapêutico da medicina ocidental que evoluiu materialmente no último século. A propagação dos medicamentos se deu historicamente na busca de meios mais práticos e eficazes para intervir na saúde e na doença, tornando-se possível em razão de vários avanços tecnológicos e científicos e da atenção demasiada à saúde e à doença. Neste contexto, a automedicação é a principal causa de intoxicação e internação no mundo. No Brasil, , em 2013, 29 mil pessoas morreram em virtude disso, registrando-se um aumento no número de mortes de 79% em

apenas 10 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). O discurso médico acerca da prática da automedicação é relacionado à responsabilidade individual com o corpo e a saúde, e com o "risco" de que a medicação seja tomada de forma inadequada.

Servalho (2003) considera que estamos numa sociedade medicalizada, e o medicamento aparece, portanto, carregado de sentido simbólico e importância econômica. Essa *medicalização da sociedade* é feita com a intervenção médica na vida social, no sentido de que a prática médica está envolvida em todos os aspectos do cotidiano da vida humana.

De acordo com Veslásquez (1986), a medicina ocidental fez progressos inquestionáveis, mas esse sistema médico e a estrutura das sociedades trouxeram consigo vários problemas, como o largo crescimento com gastos em saúde, sendo várias enfermidades induzidas pelo modo de produção industrial, caracterizando a medicalização da sociedade. Segundo o autor, apesar de a medicina ocidental ser eficaz em eliminar com grande êxito várias epidemias tradicionais, e realizar numerosas curas, vale questionar sobre os modos de vida que surgiram com a sociedade industrial. Esta última é responsável pela verdadeira fonte de enfermidades na sociedade, as quais são tratadas com novas técnicas, o que leva ao que numerosos autores chamarem de medicalização da saúde.

Van der Geest e Whyte (1988) propuseram uma "antropologia farmacêutica" ao estarem interessados em conduzir cada vez mais pesquisas sobre medicamentos em contextos locais, considerando a relevância do estudo antropológico referente à coexistência dos remédios e medicamentos em determinados contextos.

O levantamento desse tema deveu-se à recente implantação da política de assistência à saúde para esses povos. A perspectiva antropológica analisou a dispensação dos medicamentos com e sem receitas médicas pelos profissionais de saúde. A diversidade de recursos terapêuticos nessas comunidades, ditos “tradicionais”, revelaram que mesmo com a implantação da política de saúde e acesso a medicamentos, essa população não deixou de procurar a medicina tradicional. O trabalho desenvolvido analisa a relação desses povos indígenas com a Unidade de Saúde instalada na região, responsável pelo atendimento médico local e também pelo fornecimento de medicamentos, conforme a perspectiva de Kleiman (1980) sobre sistemas de saúde. O autor considera que o sistema de saúde é um sistema cultural local, pensado a partir de determinada lógica, em que se sobrepõem os setores familiares, o popular e o profissional. A partir dessa perspectiva, pode-se pensar como se dá a relação entre os moradores da comunidade com a unidade de saúde local.

A pluralidade dos significados atribuídos aos medicamentos, indubitavelmente, relaciona a difusão dos medicamentos como símbolos de saúde, na ótica de Lefrève (1991). Dessa forma, é possível pensar os sentidos e os significados dos medicamentos na comunidade da Guia a partir dos modos de vida, crença, e da relação que cada um possui com a doença etc. Por exemplo, Whyte (1988) dirá que o medicamento está associado à experiência do paciente com a vivência da doença cotidianamente. Considerando esse aspecto, pode-se dizer que uma pessoa com algum tipo de doença crônica estabelece uma maior relação com o medicamento, gerando especificidades nas suas práticas de consumo e nas suas concepções sobre o medicamento. Nesse aspecto, compreender como o indivíduo se relaciona com os medicamentos nos leva a compreender, igualmente, como ele se relaciona com a doença e com o seu corpo.

Van der Geest (1989) aponta que os medicamentos, por sua característica particular de promover o seu uso privado, rompem com os laços sociais entre o médico e o paciente, considerados, nesse aspecto, como “libertadores”, pois habilitam as pessoas a consumirem sem a necessidade de um controle feito pelo médico, principalmente nas sociedades nas quais o seu uso é difícil de controlar.

Essa característica do medicamento como “libertador” mostra que ele possibilita que as pessoas da comunidade possam utilizar esse recurso terapêutico sem a necessidade de estabelecer um vínculo com o médico, podendo, desse modo, adquiri-lo e utilizá-lo da forma que lhes for conveniente, sem que haja o controle por parte da médica. Nesse sentido, ele contribui para ruptura da relação social entre o médico e o paciente.

Poder utilizar uma substância sem a necessidade do vínculo com o profissional médico pode ser a alternativa também para pessoas que possuem algum tipo de doença estigmatizada, e que enxergam uma grande vantagem em poder utilizar substâncias de modo particular.

CONCLUSÕES

Busquei, a princípio, investigar, a partir do contexto específico da comunidade, o consumo dos medicamentos alopáticos, e a relação com os moradores e os serviços de saúde básica, representada pela UBS, por ser este o principal meio dos moradores terem acesso a esses medicamentos na comunidade. No decorrer da pesquisa, surgiram várias informações relevantes sobre o modo como os moradores se relacionavam com a saúde e a doença, e principalmente sobre como era realizado o tratamento das doenças. As informações mostraram que os moradores não utilizavam apenas os medicamentos alopáticos, mas também utilizavam chás e plantas da comunidade

no tratamento das suas doenças. Isso revelou que o medicamento alopático, apesar de ser a principal substância ou recurso que os moradores utilizam nos processos de cura ou tratamento, não é o único, pois o uso desses chás também aparece bastante, e alguns relatos demonstram até a preferência por eles, enquanto outros os utilizam de forma conjunta. Com esses dados, pude obter uma melhor compreensão da relação entre o consumo de medicamentos e a saúde na comunidade, percebendo que, apesar da hegemonia dos medicamentos farmacêuticos, eles não eram a única substância terapêutica utilizada.

Por meio de relatos dos moradores da comunidade da Guia, pude analisar a forma como eles se relacionam com os medicamentos, e compreender um pouco a dinâmica das práticas de consumo de medicamentos naquela comunidade. Alguns relatos demonstraram que os moradores adquirem medicamentos sem a prescrição médica e sem a orientação, utilizando-os de acordo com as suas experiências pessoais. Os significados simbólicos e as construções sociais dos medicamentos pelos moradores devem ser analisados futuramente, sob a mesma luz em que foram abordados nessa pesquisa, levando em consideração os elementos e aspectos culturais da comunidade, os modos de vida dos moradores, pois é dessa forma que eles constroem o conhecimento da doença, refletindo no modo como utilizam os medicamentos para o tratamento de determinada enfermidade.

REFERÊNCIAS

LEFRÉVE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. p 35-58.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 31-43.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, n. 25, p. 153-78, 1996.

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

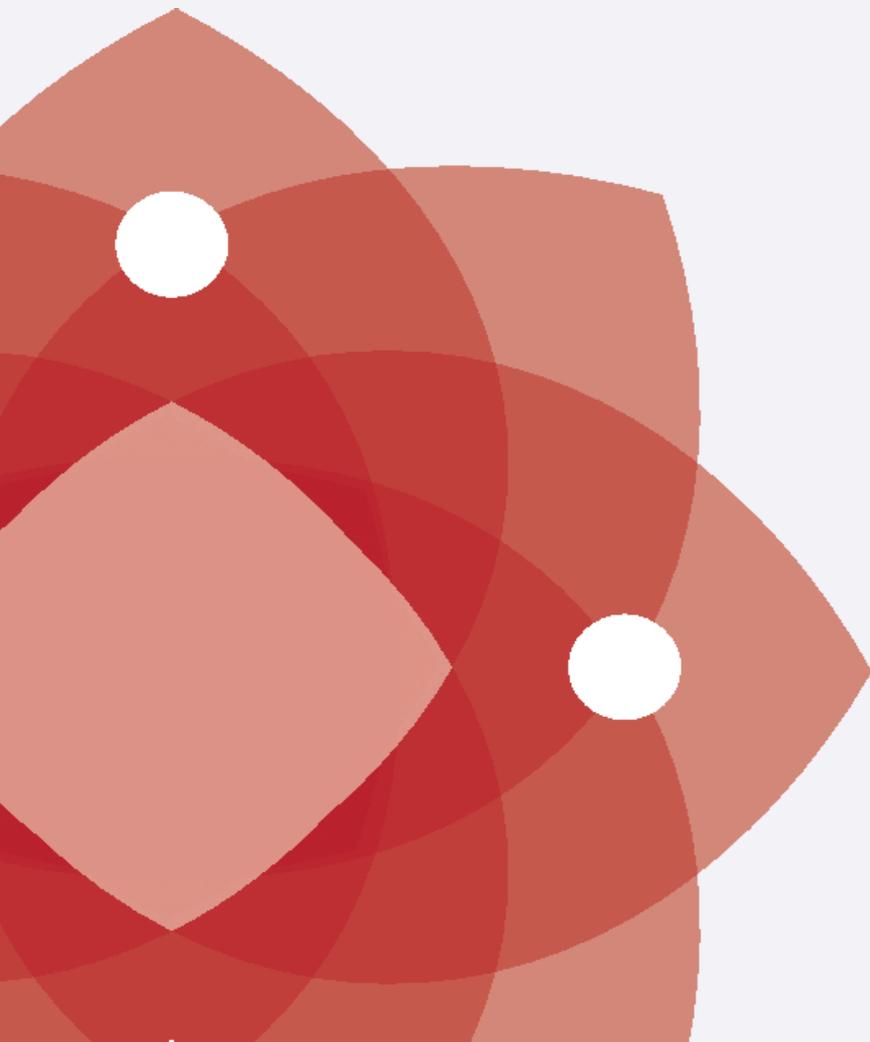
VELÁSQUEZ, G. **Salud, medicamentos y tercer mundo**. Madrid: Lepala, 1986. p 47-58.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; Consumo de medicamentos; Comunidade da Guia.

GT 6: SAÚDE E RELIGIÃO

Coordenadora: Rosa Virgínia Melo (UFPB)

Debatedora: Fátima Tavares (UFBA)



PRÁTICAS AYAHUASQUEIRAS NA AMAZONIA DO PERU: REFLEXÕES ETNOGRÁFICAS SOBRE TERAPEUTAS POPULARES E A GRADE COLONIAL

Ana Gretel Echazú Böschemeier¹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma reflexão etnográfica sobre a minha tese de doutorado em Antropologia, defendida em março de 2015 na Universidade de Brasília (UnB). O material etnográfico da minha tese se localiza em Tamshiyacu, povoado de cinco mil habitantes, distante 40 km da cidade de Iquitos, a maior da Amazônia peruana, no Nordeste do país. A minha experiência de campo se deu entre os anos 2012 e 2013. Durante os doze meses que passei na localidade, tive a oportunidade de conhecer mais de quarenta agentes populares de terapias e magias, e me dediquei a participar de atividades cotidianas com alguns deles/delas (ECHAZÚ BÖSCHEMEIER, 2015).

Na atual febre do turismo ayahuasqueiro na Amazônia peruana, milhares de turistas, procedentes principalmente do Norte político, passam ano a ano pelas cidades de Tarapoto, Iquitos, Yurimaguas e Pucallpa. Eles procuram a “cura” dos mais diversos distúrbios, assim como um estado de plenitude existencial depois da “experiência espiritual” da ayahuasca. Entusiastas, muitos deles procuram aprender esta ciência em escolas de xamanismo criadas por “xamãs” mestiços, os quais prometem formar, em

1. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Rio Grande do Norte (PPGSC/UFRN) - PNP/D/Capes. E-mail: gretigre@gmail.com.

questão de meses ou ainda de dias, alunos versados no conhecimento da ayahuasca e outras plantas terapêuticas e mágicas da região.

A minha proposta de leitura do atual fenômeno ayahuasqueiro na Amazônia do Peru é que ele é atravessado pela grade colonial. Isso não foi “produzido” por um suposto poder da beberagem da ayahuasca. Mais bem, a ayahuasca veio fazer parte de uma dança de iniquidades e desigualdades já presentes desde a época das primeiras explorações comerciais na floresta, quando se estabeleceu o “capitalismo de fronteira”, já bem analisado por estudiosos e estudiosas peruanos (BARCLAY e SANTOS GRANERO, 2002).

PROPOSTA METODOLÓGICA

A metodologia que escolho aqui é a da reflexão etnográfica. Baseio-me em uma leitura crítica da minha própria produção etnográfica, cuja intenção é a tradução da minha pesquisa para uma audiência de formandos situados no Norte político, espaço geográfico cuja influência colonial abordo na minha tese. A metodologia proposta pretende apresentar de maneira sistemática esse processo pelo qual é possível fazer uma leitura crítica da situação das práticas de saúde popular vinculadas à ayahuasca na área da floresta amazônica do Peru para uma audiência privilegiada, em termos da grade colonial. Desta maneira, focalizo-me em: 1) uma delimitação do campo em interseções entre nação, raçacore e gênero; 2) a tradução cultural desta situação historicamente nutrida, levando em conta os limites mesmos dessa tradução.

DEFININDO A GRADE COLONIAL

Chamo de grade colonial aquela configuração historicamente informada segundo a qual circulam as relações de poder coloniais. Entendo como colonialismo aquele movimento cognitivo de “extensão de práticas de civilização” desde os países do Norte político (em outras classificações, chamados também de países do “Primeiro Mundo”, vinculados a valores eurocêntricos) para os países do Sul político (também chamados de países do “Terceiro Mundo”) que torna às práticas e ideias dos primeiros “superiores” às dos segundos, estabelecendo, assim, uma relação de inferioridade e dependência cognitiva dos países e sujeitos do Norte político sobre os países e sujeitos do Sul (SAID, 1993). As reformas intelectuais e morais propostas pelos primeiros devem, nesse sentido, ser lidas com suspeita, e devem ser analisadas as práticas mesmas que fazem com que esse esquema de relações de poder desigualmente distribuídas se alimente e perpetue.

Os elementos da grade colonial podem ser discernidos a partir da aproximação teóricometodológica das interseções. Tal enfoque foi proposto pela feminista negra norteamericana Kimberlé Crenshaw (1989) para se referir à abordagem múltipla das forças de dominação em um determinado campo social. Cada fenômeno ou comportamento social repetido, enquanto mensurável, pode ser definido como uma variável. As variáveis descrevem pertencimentos e posições de certa identidade dentro da grade colonial. Elas referem ao gênero, classe, raçacor, nacionalidade e também à idade, filiação religiosa de um/a determinado sujeito ou grupo de sujeitos.

No contexto em questão, defino a grade colonial a partir de uma configuração particular de três variáveis que aparecem como as mais significativas: nação, raçacor e gênero. Em termos da variável nação, observei uma tensão e abismais relações de desigualdade entre peruanos e peruanas, e entre estrangeiros e estrangeiras, especialmente quando pertencentes aos países do

Norte político. Uns/umas, objeto das pesquisas. Outros e outras, sujeitos do saber. Uns/umas, tentando facilitar o acesso a uma série de saberes por via da compensação monetária e simbólica. Outros e outras, traduzindo aqueles saberes dentro de esquemas completamente diferentes, higienizando os usos da ayahuasca, resgatando seus usos terapêuticos, ignorando e até menosprezando seus usos mágicos. Colocando a ayahuasca “no centro mesmo da cena terapêutica” (MCKENNA et al., 1998) e silenciando as múltiplas plantas que estão na mesma posição. Fomentando implicitamente a ayahuasca como um elixir da “cura”, deixando de lado os aspectos de prevenção e cuidado que envolvem as terapêuticas com a planta. Finalmente, prezando a ingestão da bebida da ayahuasca, e ignorando outras variadas formas de relação com as plantas como as fricções, a vibração de folhas no ar, a limpeza com fumaça, os banhos florais etc.

Em termos de raça-cor, pude observar uma tensão, sempre latente, entre brancos e não brancos. Muitas vezes, essa tensão se projeta no espaço das práticas mágicas. Desta maneira, as práticas “obscuras” são descartadas por sujeitos do Norte que querem trabalhar “somente na luz”, e assim são negligenciadas ou mesmo perseguidas aquelas práticas etótropas – isto é, práticas que, *fazendo fazer*, afetam o comportamento dos outros e outras (TOURNON, 2006) que se denominam como “magia negra”, enquanto que a ayahuasca se traslada para um campo higienizado onde a “cura” estabelece os valores morais em torno e uma terapêutica quase biomédica se apropria seletivamente dos conteúdos das culturas ayahuasqueiras, desdenhando qualquer relação com os – por sua parte, tão comuns – “*trabajos mágicos*” da Amazônia peruana.

No que diz respeito à variável de gênero, é possível observar uma tensão entre as categorias construídas em torno do feminino e do masculino que é historicamente informada (MOHANTY, 1983) e que não alcança somente elementos humanos, mas também o mundo do que é não humano. Nos di-

nâmicos espaços do turismo xamânico, as tarefas, os elementos de trabalho e até os “dons” terapêuticos e mágicos, que estão atrelados intimamente a categorias locais de gênero, se superpõem às categorias de gênero que os/as turistas do Norte político trazem consigo, fortemente embebidas na cultura *pastiche* da nova era. O resultado é uma luta de forças na qual prima uma visão do feminino que celebra a Mulher, desconsiderando as mulheres. O processo de feminização da ayahuasca (FOUTIQU, 2014) coloca a ingestão da planta como uma maneira de alcançar certa identidade feminina pretensamente universal. A autora cherokee norte-americana, Laura Donaldson, aponta para tal processo no seu texto de 1999, “On Medicine Woman and White Shame-Ans”, onde observa a permanente apropriação de conteúdos culturais baseados no imperativo de adesão a certa “consciência feminina universal”. O que acontece, então, com as práticas? Na Amazônia peruana, mulheres de carne e osso atuam como esposas dos curandeiros (que superaram as curandeiras em uma proporção de 20 para 1), e longe dos holofotes da iluminação espiritual etnicamente desenhada, são quem prepara as camas onde os/as turistas dormirão, a comida que comerão e as que lavam as suas roupas durante as *dietas* – períodos de reclusão com a finalidade de “aprender das plantas”.

TRADUZINDO PARA AUDIÊNCIAS PRIVILEGIADAS

Em face da possibilidade de elaborar um material de divulgação para ser apresentado em um espaço educativo global, marcado pela influência dos países hegemônicos baseados na língua inglesa², tenho me interessado nas

2. Em setembro deste ano, fui convidada pela antropóloga Bia Labate e pelo antropólogo Alexander Gearin para elaborar três conferências virtuais, em língua inglesa, para uma rede educacional virtual denominada Aya Ed.

teorias sobre a “tradução cultural” propostas pelo estudioso indiano Homi Bhabha (1994). Segundo ele, a tradução pode ser compreendida como um processo, uma operação permanente de tráfego de sentidos entre um grupo e outro. Uma tradução é a construção consciente de pontes interpretativas entre uma paisagem social e outra. Mas quem constrói essas pontes? Quem as mantém? Essas pontes unem ou dividem?

Bhabha aponta que, nas traduções entre culturas, é preciso assumir as hierarquias de poder historicamente alimentadas entre elas, assim como dentro dos feixes identitários que se encontram em seu interior. No caso estudado, trata-se de materiais produzidos no Sul político que se destinam agora a audiências localizadas no Norte político. Quais as particularidades de uma tradução deste tipo? Posso dizer que ela é difícil, e em alguns pontos, impossível. Porém, dentro dos limites definíveis, ela se torna um apelo consciente – metodologicamente sistemático – para a reflexão por parte das pessoas do Norte político que têm interesse ou que já fizeram experiências com ayahuasca.

Nesse apelo, reconhecer como válidos, próprios e originais os conteúdos culturais dos povos indígenas e mestiços da Amazônia peruana se torna um primeiro passo necessário: aprender sobre políticas de reconhecimento dos saberes indígenas e mestiços e de casos históricos de luta contra a biopirataria que fazem parte necessária deste processo. Reconhecer que são desconhecidos ou mal conhecidos para si próprio é um necessário segundo passo: o foco deveria recair nas pessoas de carne e osso da floresta e não nos símbolos que o Ocidente e a mídia definiram sobre a floresta. Isto é, deveria haver um foco consciente na desconstrução de estereótipos sobre a floresta, assim como sobre as pessoas da floresta. Em terceiro lugar, faz-se imprescindível que os/as turistas reconheçam que a Amazônia em questão é um espaço físico com uma geopolítica particular: ela está distribuída entre Estados-Nação modernos. Ela é uma floresta plurinacional, que se divide

entre várias competências nacionais. Conhecer as legislações dos países em questão relativas à ayahuasca (o Brasil, o Equador, a Colômbia e o Peru possuem legislações a respeito). Finalmente, em quarto lugar, seria importante colocar insumos para a desconstrução da prática colonial automatizada da “cura com ayahuasca”. Sustento que não há a possibilidade de pensar em uma “cura” *per se*, sem a prévia compreensão dos grupos sociais que produzem sentidos em torno dela.

Da nossa parte, cientistas, acadêmicos e acadêmicas, e ativistas da América do Sul, torna-se nossa responsabilidade historicizar a análise do fenômeno ayahuasqueiro na Amazônia peruana e de fenômenos similares (como a coca nos países andinos ou o peyote na mesoamérica) e reconhecer os traços do sistema de dominação que são prévios a eles. Um caminho possível é o de delinear, por meio de interseções identitárias, os traços da grade colonial que os define. As tensões entre raça-cor, nação e gênero – as três variáveis aqui analisadas – permitem a revisão crítica dos resultados etnográficos da minha tese de doutorado, assim como das produções de estudiosos e estudiosas na área, e da própria dinâmica social do turismo xamânico. As tendências históricas de iniquidade e desigualdade que pertencem à estrutura, mais ou menos cristalizada, da grade colonial, podem ser reforçadas ou contestadas por experiências pontuais e estudos de caso que se proponham, como garantia de qualidade, estar extensamente informados pelas práticas sociais dos contextos em questão.

REFERÊNCIAS

- BABBHA, H. **The location of culture**. London: Routledge, 1994.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In: **Chicago Legal Forum**, special issue: Feminism in the Law: Theory, Practice and Criticism. Chicago: University of Chicago Press, 1989.

DONALDSON, L. On medicine women and white shameans: new age native Americanism and commodity fetichism as pop culture feminism. **Journal of Women in Culture and Society**, v. 3, n. 24, p. 677-96, 1999.

ECHAZÚ BÖSCHEMEIER, A. G. **Corpo de planta**. Terapias e magias dxs curiosxs da baixa Amazônia do Peru, sob uma perspectiva situada de gênero e saúde popular. 20015. 430 f., il. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2015.

FOUTIOU, E. 2014. On the uneasiness of tourism. Considerations on shamanic tourism in Western Amazoni". In: LABATE, B.; CAVNAR, C (eds.). **Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond**. London: Oxford University Press, 2014. p 159-81.

MC KENNA, Dennis. Ayahuasca: an Ethnopharmacologic History. In: METZNER, R. (ed.). **Ayahuasca: hallucinogens, consciousness and the spirit of nature**. New York: Thunder's Mouth Press, 1999.

MOHANTY, C. Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discurso colonial. In: SUÁREZ NÁVAZ, L.; Aída HERNÁNDEZ, A. (eds.). **Descolonizando el feminismo**. Teorías y prácticas desde los márgenes. Madrid: Cátedra, 2008.

SAID, E. **Culture and Imperialism**. New York: Vintage Books, 1993.

SANTOS GRANERO, F.; BARCLAY, F. **La frontera domesticada**. Historia económica y social de Loreto, 1850-2000. Lima: Fondo editorial de la PUCP, 2002.

TOURNON, J. **Las plantas, los rao y sus espíritus: etnobotánica del Ucayali**. Pucallpa: Gobierno Regional del Ucayali, 2006.

Palavras-Chave: Ayahuasca; Amazônia; Tradução cultural; Interseções; Colonialismo; Cura.

ESTUDO ANTROPOLÓGICO DA RELAÇÃO PROMESSA E SAÚDE NO SANTUÁRIO VIRGEM DOS POBRES MACEIÓ/AL

Yolanda Silva de Mendonça¹

INTRODUÇÃO

O tema da religiosidade popular vem sendo pesquisado em diversos meios científicos. Questões que anteriormente só eram discutidas por entidades religiosas, atualmente vêm tomando espaço na academia. A relação entre promessa e saúde dos fiéis de um santuário católico localizado em Maceió é o objeto dessa pesquisa. Procuo relatar as características mais frequentes na relação do fiel com a divindade. Conhecer as motivações da relação promessa e saúde dos devotos que participam e acreditam no poder da fé e na intercessão da figura de Maria – a Virgem dos pobres, como é denominada para realizar a cura das suas enfermidades. O Santuário é uma expressão ímpar na cidade de Maceió que demonstra a religiosidade popular. São fiéis de diversos bairros, cidades e até de fora do estado que realizam de diversas maneiras o agradecimento pelos pedidos atendidos por intermédio da Virgem dos pobres.

A promessa pode ter diversos significados, mas, a princípio, remete ao pedido realizado, relacionando a devoção que se traduz na escolha de uma divindade que o atenda. Temos também a questão do imediatismo no atendimento da promessa.

1. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Alagoas (PPGAS/Ufal). E-mail: Yolandams86@gmail.com.

Nas entrevistas que realizei é possível visualizar como se dá a relação promessa e saúde. A saúde é um motivo frequente nos pedidos, havendo uma continuidade deste pedido, ou seja, ele sempre é renovado. No decorrer da pesquisa, que teve como objeto os participantes do santuário Virgem dos Pobres, buscou-se verificar a relação dos promitentes que realizam promessas com pedidos de saúde, bem como analisar a importância do pedido (promessa) para recuperação dos fiéis. A fim de realizar esse levantamento, foram necessárias inúmeras observações participantes, de modo a selecionar quem seria entrevistado, uma vez que a participação dos promitentes no santuário é bem numerosa.

Com esta pesquisa foi possível observar a confiança na divindade baseada na fé, em que o sentido de propriedade com o sagrado se expressa na primeira citação “minha Virgem dos Pobres”. Em seguida, temos a situação condicional, que revela “eu confio em Maria”, mas Deus deve estar em primeiro lugar, possibilitando identificar, então, uma hierarquização na escala da fé. E a terceira que pediu com fé a Maria, mas que foi pela graça de Deus que realizou o seu pedido.

É possível entender por que a saúde é um motivo frequente nos pedidos e a ocorrência da continuidade deste pedido, que é sempre renovado, pois de forma geral as entrevistadas já têm idade avançada e, em razão de sua condição financeira, nem sempre têm acesso a tratamento de saúde adequado. Foi descrito por uma das entrevistadas que o melhor momento para pedir é quando se encontra em dificuldade e outra revela que deve ser efetuado o pedido sempre que se precisa. No trecho de outra entrevistada, ela relata a situação de interceder por outras pessoas, no caso são familiares ou amigos que solicitam que ela faça oração (pedido) por eles.

De fato, pode-se constatar como uma socialização iniciada pelo meio oficial que é a igreja se tornou, com o passar do tempo, uma manifestação do catolicismo popular no Santuário Virgem dos Pobres: a cultura dos pro-

mitentes que se relaciona com a promessa e a saúde sob a intermediação de Maria, fazendo com que a divindade colabore para que ocorram as trocas simbólicas expressas com ex-votos.

REFERÊNCIAS

- CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: Edusc, 1999.
- ELIADE, M. **Imagens e símbolos**. Ensaio sobre o simbolismo mágico-religioso. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. **Antropologia social da religião**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- MALINOWSKI, B. **Magia, ciência e religião**. Lisboa: Ed. 70, 1988.
- NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- PEREIRA, P. **Peregrinos: um estudo antropológico das peregrinações a pé a Fátima**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
- STEIL, C. A. **O Sertão das romarias**. Um estudo antropológico sobre o santuário de Bom Jesus da Lapa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

Palavras-chave: Religiosidade popular; Saúde; Motivação; Ex-votos.

O FEITO & O OLHADO: PERFORMANCES DA AFLIÇÃO E A LITURGIA POPULAR DOS CORPOS EM AFECÇÃO

Fabiano Lucena de Araujo¹

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa divulgar algumas reflexões a respeito da pesquisa do autor empreendida durante o curso de Mestrado em Antropologia no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA-UFPB), realizado no biênio 2013-2015, mediante inserção na linha de pesquisa Corpo, Saúde, Gênero e Geração, e apresentar dados oriundos dos resultados obtidos, bem como uma breve revisão teórica sobre o assunto mobilizado na pesquisa. Tal processo iniciou-se anteriormente ao ingresso do autor no curso de Mestrado, somando-se quatro anos de pesquisa exploratória e observação participante nos Bairros São José e Valentina, a partir do ano de 2011, assim como uma sistematização teórica que tem acompanhado o delineamento da pesquisa na construção de artigos (ARAUJO, 2011; ARAUJO, 2014).

Concretizou-se enquanto um exercício de investigação que tinha como objeto as aflições, e visava apreender modos de relacionamento ritual e sua inserção no contexto dos agenciamentos terapêuticos, tentando esclarecer maneiras de expressar e encarar a aflição dos agentes sociais acionados durante a pesquisa, especialistas da cura ou consulentes, sujeitos que podem

1. Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGA-UFPB). E-mail: beano.regenhaux@gmail.com.

se deslocar para além de suas posições e condições de classe social no intuito de sanar um processo aflitivo, a partir de agenciamentos terapêuticos. Tendo como pano de fundo os rituais de cura de benzeduras católicas e de religiões de matriz africana (Umbanda cruzada com Jurema e Candomblé), a apreensão comparativa dos modos de relacionamento ritual em contextos curativos tentou captar os fluxos de agentes provenientes de contextos de classe e pertencimento religiosos distintos que cruzavam fronteiras de mundividências sincréticas. Embasado numa proposta teórica calcada na *Teoria da Prática* – especialmente nas formulações de Ortner (2007), que procurou uma síntese entre sistema e indeterminação/estrutura e agência –, evitou-se uma modalidade essencialista de caracterização das religiões e agências terapêuticas abordadas.

Esta perspectiva de síntese evidenciada na Teoria da Prática foi acionada mediante combinação da *fenomenologia*, para examinar a percepção das concepções de pessoa e corporalidade no catolicismo popular e religiões de matriz africana, com a *antropologia da performance*, para investigar e analisar o contexto de expressão e interação da atividade ritual, de modo a favorecer uma visão geral que não se limita a saltar de um lado a outro na clássica dicotomia entre mito e rito, segundo a preocupação esboçada por Peirano (2002). A junção de *performance* e *fenomenologia* para analisar contextos curativos não é algo novo na antropologia médica e da saúde, tendo sido já utilizada pelo antropólogo Ronald Frankenberg (1986), afiliado à Escola de Manchester e orientado por Max Gluckman, assim como por Victor Turner, para problematizar o essencialismo dos modelos de cura, indicando a possibilidade de se identificar sistematicidade sem anular a capacidade de interação e trânsito entre sistemas em contextos complexos de contato intercultural, como o caso analisado na interface afro-católica, na qual se percebe uma justaposição sincrética de sistemas que interagem sem perder suas especificidades (FERRETTI, 1996).

OBJETO E OBJETIVOS

O processo de elaboração da dissertação foi esquematizado mediante constituição do seguinte eixo estrutural:

1. Como encarar o campo de estudo e suas possibilidades dinâmicas de modo a constituir sua delimitação? A partir do modelo de uma *etnografia multissituada*, enunciada por George E. Marcus (1998), que reconhece as contingências do campo, produto da arbitrariedade que o invade, e permite encará-lo em uma dinâmica não linear, não estagnada em um setor ou comunidade, identificando a movimentação dos sujeitos de classes sociais e contextos distintos, que interagem em um polo de atuação no pano de fundo escolhido – religiosidades populares: benzeção católica e religiões de matriz africana – em um recorte admitido (uma comunidade específica), a partir de uma convergência de interesses e fatores (aflição).
2. Como me inserir neste campo e reconhecer o que ele me proporciona? Levando em conta a perspectiva da antropologia da performance, que considera os atores sociais e o antropólogo enquanto performers, assim como a própria construção da etnografia enquanto performada, ou seja enquanto abordagem (PEIRANO, 2006).
3. Qual é a natureza do objeto que adoto como inquietação de exame no campo? O enfoque aplicado às aflições, que as considera sob um viés performático e fenomenológico, tendo com objetivo alcançar tanto uma percepção geral da experiência dos interlocutores numa dinâmica da instância microssocial quanto

encarar um processo aflitivo que é performado e *incorporado em contextos de agenciamento terapêutico*.

METODOLOGIA

Assinalada a abordagem da investigação, o trabalho de campo etnográfico foi elaborado numa conjugação entre *observação participante* e uma variante performativa que Mercante (2012) delimita como *observação experiencial*, mediante tomada de iniciativa na qual “o pesquisador que se dispõe a ‘experienciar’ a cultura em foco teria como compreendê-la melhor” (MERCANTE, 2012, p. 50). A aproximação experiencial supera a simples participação para coleta de dados e persegue um comprometimento pessoal do pesquisador para com as disposições de visão de mundo dos nativos, em que a consideração de que “eles creem” em algo é abolida – essa noção de crença propagada no Ocidente, a partir de militância e proselitismo, e da ênfase do verbal fundada em teologias abstratas *das religiões éticas/religiões de livro*. Tentei conciliar essa aproximação experiencial e performada com uma aproximação fenomenológica, pois esta última “tenta delinear a significação a partir da observação do fenômeno, sem valorizar certos aspectos *a priori*” (AUGRAS, 1983, p. 21). O processamento comparativo da análise dos dados coletados identificou os contextos de campo examinados numa divisão segundo o “complexo xamanístico” de Lévi-Strauss (1975), assinalada em “O Feiticeiro e sua Magia”, ou seja, realizei minha pesquisa numa abordagem de i) agentes consulentes, de ii) agentes especialistas da cura, e do iii) envolvimento coletivo no contexto dos rituais. No ambiente e na *mise-en-scène* do complexo xamanístico, participei de rituais e conversei, tomei notas e gravei relatos dos interlocutores. A atividade da coleta de dados, empreendida mediante uso de caderno de notas, gravador e conversas informais, foi sistematizada e embasada com a escrita contínua do diário de campo.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

A dicotomia representada pela separação entre as instâncias *feito* e *fato*, abordada por Latour (2002), quanto ao que é construído, “artificial” (feito), e o que é dado imediato, “natural” (fato), pode ser transposta ao emprego que faço para acionar as noções de *feito* (de feitiço, de manipulação consciente) e *olhado* (o mal involuntário), as quais não anulam suas diferenças, porém denotam um fluxo e uma compatibilidade e não um mutualismo exclusivo. Também estou consciente da dimensão performativa da disjunção do que é dito “feito”, uma vez que as benzedeadas também se valem do mesmo artifício de distinção e legitimação concorrente em relação aos pais/mães de santo, “feitiçaria nunca é tomada para auto-definição, mas como categoria acusatória” (QUINTAS, 2007, p. 152).

O regime *olhado* baseia-se na noção de pessoa cristã, segundo Mauss (2003, p. 393), que reúne uma conformação tributária do modelo da Trindade – Deus-Pai, Jesus Cristo-Filho e o Espírito Santo, incorporados no sujeito, encarado como um *núcleo duro unitário*: “a pessoa é uma substância racional, indivisível, individual”. Minha preocupação em delimitar o regime *olhado* para a competência especializada e circunscrita da benzedeadora está fundamentada não na divisão derivada do voluntário ou não, de algo que é julgado como mal em detrimento de uma capacidade operativa do que é fabricado, e artificial do regime *feito*, mas sim em prover um discernimento entre um regime de *diferença experiencial*. No regime *olhado* predomina uma noção de pessoa indivisível e uma experiência que encara o mal como imanência imperativa da condição terrena e material, e apenas pode ser amenizado e combatido com a aproximação com a substância divina e transcendente (Trindade) e a purificação/purgação consequente, entrando em choque com a noção de *feitura de santo* das religiões de matriz africana, que estabelece que orixás, forças correspondentes aos princípios da natureza que regem os homens e

os espíritos (humanos falecidos), são recipientes dos mesmos princípios naturais e arquétipos de personalidade convergentes, interdependentes e responsáveis pelas transformações entre si. Em contraposição à noção cristã de pessoa como unidade moral, fechada, metafísica e receptáculo da Trindade, está uma noção de matriz africana associada aos fenômenos do transe e da possessão, que abarca o desdobramento da pessoa “una”, indivisível, na figura expandida e despersonalizada do *duplo*, agente espiritual que se apodera ou toma de empréstimo o corpo do adepto, proporcionando uma vivência simbiótica, na qual se operam *metamorfozes* de ambos os lados, na entidade e no seu ente corpóreo, “cavalo de santo”. A cosmologia de origem africana estabelece a comunicação entre duas dimensões, o mundo concreto (*Aiê*) e o mundo sobrenatural (*Orum*), sendo o primeiro a manifestação do segundo. Para tudo que existe no mundo dos homens, há correspondências no mundo dos deuses. A partir do modelo nagô/iorubá de culto, que se difundiu como referência constitutiva dos demais cultos de outras origens (candomblés jêje e angola, umbanda cruzada com jurema) implantados no Brasil, assinala uma concepção de universo ao mesmo tempo sagrado e concreto, em que se fundam relações de comunicação mediadas por um princípio energético e unificador, o *axé* (AUGRAS, 1983). O elemento racional e consciente valorizado na concepção cristã de pessoa “única e individual” e na comunicação com o sagrado (Espírito Santo, Trindade), como citado acima, não apresenta a mesma ênfase na visão de mundo de matriz africana, na qual a revelação da eleição de um sujeito pela divindade ocorre concomitantemente à subordinação corporal, psíquica e social daquele às vontades da última e a domesticação e busca de maior controle da entidade aliados ao processo de aprendizado e disciplina do sujeito que a incorpora.

A agência terapêutica na benzedura recebe as representações do discurso católico erudito, portanto, aciona as categorias dessa doutrina quando explica a origem do mal a partir do *sangue ruim*. O mal, inevitável na acepção cató-

lica, é imanente, fatalista e congênito, fazendo parte inexorável da condição terrena, porém não irreversível, restando ao fiel a possibilidade de purgação ou purificação dos pecados e do mal inerente, assumindo pelo livre-arbítrio ou pela fé sua aproximação com a substância divina, ou seja, a Trindade e os Santos. Segundo Csordas (2008), para o catolicismo carismático, o mal deve ser separado do bem, os adeptos não admitem como benéfica uma *possessão* originada por algo que se impõe ao sujeito, uma vez que a Trindade, na acepção carismática, manifesta-se com a vontade consciente do sujeito.

A concepção de que o que causa o mal é o que provoca a cura, na homeopatia, é identificada nas religiões de matriz africana, a doutrina cristã que absolutiza o mal como algo a ser expulso tende ao princípio da alopatia “cura pelos contrários” (*Contraria Contrariis Curentur*). A contínua impregnação dos adeptos das religiões de matriz africana e mediúnica com os agentes etiológicos – as entidades: os orixás e espíritos – que provocaram o mal anterior (*doença espiritual*) deriva da vivência cotidiana, através da prática, na qual aprendem a lidar com estes agentes, “domesticando-os” e adquirindo intimidade no plano pessoal, na relação de tutela, e desenvolvendo a mediunidade com a doutrinação espiritual (da pessoa, da entidade). Esta situação se aproxima do que Maffesoli (2004) chama de “homeopatização do mal”, ou *integração cultural do mal*, em que há uma relativização do sujeito único e absoluto correlacionada ao Deus único e à contínua domesticação e teatralização dos demônios ou gênios.

Se no regime *feito* predomina o elemento endógeno e tende ao homeopático, no regime *olhado* predomina o exógeno e tende ao alopático. No sistema etiológico-terapêutico do regime *olhado*, portanto, há uma ênfase na procura da *catarse*, na *purgação do indivíduo* para eliminação do mal e aproximação da substância sagrada (Trindade e os santos), de modo a, paulatina e cotidianamente, expulsar o mal inerente, inevitável e congênito de sua condição carnal. O regime *feito*, representado pelos cultos mediúnicos

de matriz africana, possui um sistema etiológico-terapêutico cuja ênfase está na busca do fortalecimento e equilíbrio do axé, energia vital, mediante a posição adorcista de incorporação das entidades (espíritos e orixás), agentes que possibilitam a execução deste equilíbrio (LAPLANTINE, 2010). A lógica fundamental dos dois regimes é que um é *energético* (feito) e outro é *molecular* (olhado), e tal separação se embasa na noção de pessoa indivisível e ente metafísico (olhado) e pessoa contínua com o duplo (orixás, espíritos) em trânsito/transe mediado pela energia vital (axé).

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, F. L. de. **Representações de doença e cura no contexto da prática popular da medicina**: estudo de caso sobre uma benzedeira. 2011. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/9_FABIANO_ARAUJO_Representacoes_no_contexto_do_benzi-mento.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- _____. **Quando o antropólogo “bola no santo”**: Performances do corpo aflito e a experiência do campo afetado. 2014. Disponível em: <http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401929344_ARQUIVO_artigo29RBA.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- AUGRAS, M. **O duplo e a metamorfose**: A identidade mítica em comunidades nagô. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.
- CSORDAS, T. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2008.
- FRANKENBERG, R. **Sickness as cultural performance**: Drama, Trajectory, and Pilgrimage Root Metaphors and the Making Social of Disease. 1986. Disponível em: <<http://joh.sagepub.com/content/16/4/603.short>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- FERRETTI, S. F. **Repensando o sincretismo**: estudo sobre a Casa das Minas. São Paulo; São Luís: Edusp; Fapema, 1995.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- LATOUR, B. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru, SP: Edusc, 2002.
- LÉVI-STRAUSS, C. O Feiticeiro e sua Magia. In: **Antropologia estrutural I**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 193-213.

MAFFESOLI, M. **A parte do diabo**: resumo da subversão pós-moderna. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MERCANTE, M. **Imagens de cura**: Ayahuasca, imaginação, saúde e doença na Barquinha. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

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

PEIRANO, M. A análise antropológica de rituais. In: **O dito e o feito**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

_____. **Temas ou teorias?** O estatuto das noções de ritual e de performance. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/campos/article/viewFile/7321/5248>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

QUINTAS, G. G. **Entre maracás, curimbas e tambores**: pajelanças nas religiões afro-brasileiras. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

Palavras-chave: Antropologia da performance; Agenciamento terapêutico; Corporeidade; Benzéduras católicas; Religiões de matriz africana.

O USO DE DROGAS E A CURA PELA FÉ: A BUSCA POR TRATAMENTO EM UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA

Graziela F. S Pinto¹

INTRODUÇÃO

De modo mais amplo, o imaginário social acerca do consumo de drogas e de seus usuários, na contemporaneidade, norteia-se por formulações do tipo: “Toda droga leva à morte”, “a droga é a principal causa da violência nas grandes cidades”, “toda pessoa que experimentar uma droga tornar-se-á um viciado” etc. (MOTA, 2005). Essas formulações baseiam-se, principalmente, na premissa proibicionista², na qual as substâncias são tomadas como detentoras de poderes especiais e definidoras de destinos (humanos e sociais). Aos seus usuários são atribuídas identidades que oscilam entre doentes (discurso biomédico), criminosos (discurso jurídico-penal) e pecador (discurso religioso).

Instituições fundamentadas por esses modelos, a exemplo de alguns espaços terapêuticos que prestam serviços a usuários de drogas, vêm propondo, gerenciando e legitimando protocolos que não levam em consideração as especificidades biopsicossociais envolvidas nas chamadas “questões das drogas”, o que tem contribuído para um processo de homogeneização

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE). E-mail: graziela.fpc@hotmail.com.

2. O Proibicionismo é uma prática moral e política que defende que o Estado deve proibir, por meio de leis próprias, determinadas substâncias psicoativas, reprimindo sua produção, comercialização e consumo (RODRIGUES, 2008, p. 91).

dos diferentes consumos e consumidores das distintas substâncias (MEDEIROS, 2014).

Na região do Vale do São Francisco, contexto do meu estudo, encontram-se distintas propostas de tratamento aos “usuários de drogas”, dentre elas, destaco o número significativo de centros de recuperação de orientação religiosa que prestam serviços na atenção à “saúde” de pessoas que usam “drogas”. Apesar de não poder enquadrá-los formalmente como comunidades terapêuticas³, esses centros de recuperação são tidos, comumente, como alternativas mais eficazes no tratamento desses sujeitos, pois estariam pautados, principalmente, na reforma moral e na inserção dos internos na vida religiosa.

O presente trabalho propõe discutir alguns dados construídos no cenário de uma pesquisa desenvolvida entre agosto de 2012 e julho de 2013, e que tem como contexto de estudo uma instituição de caráter religioso que presta serviços de tratamento para “usuários de drogas” em Juazeiro – BA. Procurou-se refletir sobre as concepções entre “usuários em tratamento” e os dirigentes da instituição acerca do uso e dos “usuários de drogas”, assim como as dinâmicas na busca de tratamento em instituição dessa natureza. Além disso, busquei compreender como os diversos discursos – biomédico, jurídico e religioso – sobre a “questão das drogas” se refletem nos tratamentos propostos pela instituição e nas políticas direcionadas a esse grupo específico.

Visando alcançar os objetivos mencionados, utilizei-me de instrumentos etnográficos (observação participante, conversas informais e entrevistas narrativas em profundidade). Percorri o campo empírico estudado priorizando,

3. Para receber a denominação de Comunidade Terapêutica, a instituição precisa possuir uma equipe de profissionais da área da saúde habilitados a trabalhar com usuários de drogas. Na instituição observada, o tratamento é feito por ex-usuários que passaram por tratamento em instituição dessa natureza.

inicialmente, o reconhecimento do espaço e das rotinas institucionais, e o estreitamento de vínculos com o universo pesquisado. Posteriormente, busquei, principalmente por meio das conversas informais, conhecer as histórias de vida, o itinerário terapêutico dos internos, as concepções desses atores sociais sobre os usuários, o consumo de “drogas” e as práticas terapêuticas da instituição.

No que concerne aos estudos sobre o fenômeno “drogas”, ainda há uma tendência por abordagens simplistas, em que a compreensão acerca do uso e abuso dessas substâncias é reduzida aos seus efeitos farmacológicos e à estigmatização de seus usuários. O intuito, neste texto, é compreender o fenômeno em sua complexidade, a partir de uma perspectiva biopsicossocial (MACRAE, 2004), em que o uso e abuso de “drogas” são entendidos como constituídos a partir de relações entre sujeitos/contextos/substâncias.

DEBATES CONTEMPORÂNEOS SOBRE DROGAS – BIOMEDICINA E JURÍDICO-PENAL

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é fato recorrente em toda a história da humanidade, e provém, basicamente, da relação do homem com as plantas. Além da alimentação, do abrigo e dos remédios, os primeiros hominídeos descobriram que algumas plantas possuíam a propriedade de produzir estados alterados de consciência desejados (MOTTA, 2005, 2008). Dessa forma, não é desde sempre que o uso de substâncias que proporcionam estados alterados de consciência foi tratado como uma questão pública. Pelo contrário, se o uso de substâncias psicoativas (SPA) acompanha a humanidade há milênios, foi apenas no final do século XIX que algumas delas foram nomeadas como “drogas” e passaram a ser consideradas como problema público, questão social (ADIALA, 1986; ESCOHOTADO, 2004).

Na contemporaneidade, o discurso que se legitima como “verdade” acerca do uso e abuso de “drogas” é o proferido pelas ciências biomédicas, no qual a “questão das drogas” é tratada, majoritariamente, a partir do discurso da “dependência química” de usuários subjugados por uma dada substância, ou seja, de uma *demonização* das substâncias e de seus usuários.

O debate sobre o comportamento considerado desviante, em regra, remete esse tipo de comportamento a uma perspectiva patológica. Comumente, o indivíduo desviante é encarado a partir do ponto de vista médico, preocupado na distinção entre o “são” e o “não são”, ou “insano”. Assim, certas pessoas apresentariam características de comportamento “anormais”, sintoma ou expressão de desequilíbrios e doença (VELHO 1981). Esse ponto de vista está relacionado a um ideal de sujeito característico da modernidade (o indivíduo autônomo e racional) em oposição à identidade, por exemplo, de usuários de “drogas” (que subverte esse ideal). Ao segundo caberia a busca de um tratamento para “curar” o seu comportamento desviante.

Com isso, as políticas repressivas e proibicionista tornam-se cada vez mais presentes nas legislações em vigor, e a associação das drogas à criminalidade e o eterno slogan “Diga não às drogas” passam a fazer parte de todo um aparelho ideológico evidente em estratégias do Estado, da Justiça, e de denominações religiosas contra um “terrível mal”. O reducionismo presente nas campanhas proibicionistas dissimula a complexidade das questões derivadas das interações de indivíduos com as drogas, ao apresentá-las como algo em si, que subjuga a vontade e define destinos humanos e sociais pelo seu mero valor farmacológico. O proibicionismo, dessa forma, age não apenas como o responsável pela violência dos mercados ilegais de “drogas”, mas também como um obstáculo para a saúde pública e para o acesso de usuários a tratamentos mais adequados. A divulgação dos efeitos como causas, a estigmatização desses sujeitos como passivos na relação com as drogas, tem proporcionado a legitimação de ações repressivas jurídicas e policiais,

em nome de uma fantasiosa ideia de um mundo sem drogas, sendo estas substâncias, nesses termos, vistas como “produtoras de formas de ser e não produto de formas de viver” (RIBEIRO et al., 2006, p. 7).

CONTEXTO E AS CONCEPÇÕES SOBRE DROGAS

Na instituição observada, o tratamento não se restringe apenas em afastar o sujeito das “drogas”, levando-o à sobriedade. A visão de que as “drogas” são a materialização da influência de espíritos definidores de destinos humanos é responsável por todo o modo como a instituição conduz os tratamentos e como os usuários são vistos (e se percebem) e modelados para que a “libertação” do “mundo das drogas” seja efetivada. A concepção é a de que os usuários de drogas perdem a noção do que é fazer parte de um mundo com regras, com isso, o papel da instituição é também ensiná-los a viver em sociedade e reconstruir os laços supostamente rompidos, em razão do uso de drogas. Dessa maneira, como bem pontuou Velho (1981, p. 12), “o mal estaria localizado no indivíduo geralmente definido como fenômeno endógeno ou mesmo hereditário”.

É com base nas ideias mencionadas que o tratamento é efetivado. Para isso, os internos são submetidos a horários fixos para refeição, trabalhos em grupo e individuais; submetidos a regras de conduta (como viver em coletividade) e trabalhos coletivos e individuais como forma de inserção na vida religiosa. A conversão religiosa dos sujeitos é um fim a ser alcançado pela instituição, pois será por meio dela que a “cura” pode ser alcançada.

Diante do exposto, o que podemos inferir é que as concepções acerca do consumo de “drogas, tanto no que diz respeito aos dirigentes da instituição quanto à maioria dos sujeitos submetidos ao tratamento, estão pautadas nas mesmas concepções e moral social enraizadas nas premissas observadas nos grupos atuantes dentro da instituição, ou seja, pautadas em

estrito acordo com as perspectivas das leis proibicionistas. As ideias observadas em campo não se diferenciam, desta forma, da visão predominante na sociedade em geral.

Apesar de comumente os tratamentos de usuários de drogas pautados na conversão religiosa serem considerado de grande eficácia, foi possível perceber que há uma grande rotatividade dos internos. Uma parte significativa já havia passado pelo menos uma vez por alguma instituição dessa natureza ou por instituições laicas como o CAPS-AD ou instituições baseadas em espiritualidade diferente da praticada pelos Centros, como é o caso dos Alcoólatras Anônimos (AA).

Além da crença na eficácia do tratamento pela conversão, foi possível perceber outro fator importante para a escolha dos usuários por esse tipo de tratamento: o pesado estigma social que eles carregam. Eram comuns os relatos de que, apesar de serem rotulados para sempre como ex-usuários, os internos acreditam que a aceitação por parte dos familiares e amigos de que eles são “usuários em recuperação” se torna mais fácil quando fazem parte de algum grupo religioso.

REFERÊNCIAS

- ADIALA, J. C. A Criminalização dos entorpecentes. **Papeis Avulsos** n. 1. Rio de Janeiro, Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.
- ESCOHOTADO, A. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.
- MACRAE, E. et. al (orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CEETAD/UFBA, 2004.
- MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n..1, p. 105-117, 2014.
- MOTA, L. de A. Drogas e Estigmas. SEMANA DE HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, II., UFC, Fortaleza, abril 2005.

_____. **Pecado, crime ou doença?** Representações sociais da Dependência Química. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R; DUNN, J. Álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: A contribuição da antropologia social. In: **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VELHO, G. Drogas, níveis de realidade e diversidade. In: RIBEIRO, M. de M.; SIEBEL, S. D. **Drogas**: a hegemonia do cinismo. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.

Palavras chave: Drogas; Proibicionismo; Religião; Políticas públicas.

MEDICINAS INDÍGENAS EM DEVIRES COSMOPOLÍTICOS

Sheila Accioly¹

INTRODUÇÃO

Práticas e produtos da religiosidade indígena encontram-se expostos no que aqui se denomina engenhos discursivos, dispostos no enquadramento do panorama midiático, promovendo suas ressignificações na forma de terapias ou medicinas alternativas. O texto ensaia uma breve análise de mensagens em redes sociais, debatendo noções de medicina, religiosidade, mudanças e permanências em um contexto de composição e legitimação de uma cosmopolítica. Compreende-se, aqui, como cosmopolítica o engendramento discursivo traduzido em dispositivos e engenhos de promoção de uma cosmovisão (*weltanschauung*) através de estratégias destinadas a reposicionar a indianidade em relação a estereótipos sociais.

As chamadas medicinas indígenas são, originalmente, elementos da religiosidade nativa, pajelanças e artes de cura, produtos, performances e procedimentos de ordem xamânica, baseados em substâncias extraídas das matas, mesclando mística, ritualística e tecnologias ancestrais em tratamentos: rapé, tabaco, kambô, sananga, temazcal, ayahuasca. Nas tradições indígenas, um dos usos mais intensos das medicinas serve para eliminação da má sorte e do panema, entendido pelos índios como um estado de espírito negativo, gerador de doenças. Descoladas da religião e dos usos ritualísticos originais, as medicinas passaram a ser demonstradas em sessões xamânicas pagas e fechadas.

1. Programa de Pós Graduação em Comunicação, Universidade Federal da Paraíba (PPG/UFPB). E-mail: smaccioly@yahoo.com.br.

A religiosidade indígena e suas artes de cura têm sido uma importante linha de frente para a inclusão da identidade indígena. Neste movimento, a noção de religiosidade se reelabora, descolando-se do peso das secularidades, para revestir-se da leveza da performance, promovendo, por demonstrações educativas, uma reapresentação da tradição. Se, no passado, os poucos interessados precisavam ir até as aldeias como buscadores, hoje, a tradição se desloca, inclusive no campo do imaginário social.

Dialeticamente processada entre tradição e modernidade, a indianidade mostra-se como projeto de vir a ser na cena da globalização, como um discurso de afirmação de um modo de ver e viver o mundo (*weltanschauung*), elaborado a partir de premissas e crenças que compõem um sistema interpretativo. Este sistema informa os sujeitos sobre o lugar que ocupam no mundo e sobre como devem se apresentar. Enfim, conforma-se um *ethos* coletivo, o qual se traduz em valores circulantes e discursos distintivos (BOURDIEU, 2007).

OBJETO E OBJETIVO

Tomamos como referência para estudo alguns conteúdos de veiculações circulantes na rede social Facebook, objetivando uma análise de engenhos discursivos no panorama midiático (*mediascape*) e no panorama das ideias circulantes (*ideoscape*) que promovem reapresentações contemporâneas de práticas milenares de pajelança, artes de cura ou medicinas indígenas como terapias holísticas e medicinas alternativas, discursos de inclusão pela distinção.

METODOLOGIA

Iniciamos a análise observando o que Appadurai (1990) chama de *mediascape* ou paisagem midiática. Pertencem ao *mediascape* os recursos expressivos textualizados, oralizados e a cultura visual ou imagética que compõe regimes discursivos, “imagens do mundo” (APPADURAI, 1990, p. 9). Regimes de visualidade ou discursivos são passíveis de causar impactos na percepção, ao proporcionar um vasto e complexo repertório que retroalimenta o próprio panorama.

As paisagens (*scapes*) constituem “mundos múltiplos, constituídos pelas imaginações historicamente situadas de pessoas e grupos espalhados por todo o mundo” (APPADURAI, 1990, p. 296-297). Partindo desta definição, o *mediascape* e o *ideoscape*, paisagens intrinsecamente imbricadas, compõem o fundo para estudo dos conteúdos coletado na rede social Facebook, entendendo o objeto inserido em fluxos culturais e sendo por estes constituído em mundos imaginados.

As paisagens midiáticas, por sua vez, se cruzam com o que Appadurai chama de paisagens político-ideológicas ou contraideológicas, os *ideoscapes*. À difusão de discursos distintivos, de fundo político-ideológico, denominamos práticas de cosmopolítica, compreendidas como conjuntos de ações intencionais por meio dos quais se compartilha e se globaliza uma determinada cosmovisão no panorama das ideias orientadas para influir naquilo que “nos impõe o que se precisa conhecer, como se deve conhecer, o que não se pode conhecer. Comanda, proíbe, traça os rumos, estabelece os limites [...]” (MORIN, 2008, p. 28). Ou seja, no *imprinting* cultural.

Além dos canais de comunicação abertos no universo da internet, a indianidade yawá se insere no panorama contracultural através de suas medicinas: o rapé, o tabaco, ayahuasca. Assim, a indianidade, em constante refazer, empreende seu deslocamento dos lugares típicos e estereotipados da tradição, rumo aos territórios da contracultura. Mota (2008) vê a virada

contracultural indígena como engenho destinado à inserção étnica no paradigma do capital, circularmente promovido pela própria onda da contracultura, sendo esta, já, por sua vez, digerida pelos mercados como produto e como matriz criadora de novidades consumíveis.

DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

Em trânsito, imaginando trajetórias, o engendramento da indianidade dá-se entre o tradicional e o novo. Na tradição, constitui um engenho antimoderno, de resistência (ALBUQUERQUE, 2011). Na novidade, o mesmo engenho traduz por antimoderna uma sensibilidade, um modo de entendimento e de ação no mundo que se opõe a uma visão moderna da realidade, marcada, principalmente, pela dualidade e pelo domínio da razão pura. Entre as duas concepções de engenho, entre a resistência da tradição contra a inovação e a negação da modernidade, situa-se o dispositivo.

O excesso de dispositivos imprime a marca da imprecisão, deixando as identidades suspensas em “um limiar inapreensível entre um ‘ainda não’ e um ‘não mais’” (AGAMBEN, 2009, p. 67), induzindo sujeitos abertos a modelagem, inscritos no “cruzamento de relações de poder e relações de saber” (AGAMBEN, 2009, p. 29); o sujeito, resultado da relação entre viventes e dispositivos, é “lugar dos múltiplos processos de subjetivação” (AGAMBEN, 2009, p. 41). Levando a teorização para o sujeito coletivo, traçamos a correspondência entre identidade e indianidade, afirmando que “o conceito de indianidade navega na fluidez das ideias coletivamente construídas e historicamente negociadas, sujeita a movências sempre-já discursivas” (ACCIOLY; ANDRADE, 2013). Ou seja, a indianidade é um processo, um devir constantemente impulsionado por dispositivos que capturam aspirações coletivas.

O compartilhamento do ser índio é a principal atração para muitos não índios nos chamados eventos xamânicos, um engenho inclusivo por

via inversa. O engenho consiste em estratégia de dizibilidade e visibilidade operando clichês e estereótipos sociais, construindo novas alteridades, mas “negando a sua novidade, atribuindo-o uma pretensa continuidade” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 92). Nas artes do engenho, “a manutenção de tradições é, na verdade, sua invenção para novos fins” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 90). Desta forma, o engenho surfa faces e contrafaces dos “estereótipos de decodificação fácil e imediata, de preconceitos populares ou aristocráticos, além de ‘conhecimentos’ produzidos” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 90), reposicionando imagens e identidades, operando entre visibilidades e invisibilidades sociais, entre os ditos e não ditos dos dispositivos.

Podemos dizer que o descolamento das medicinas das aplicações tradicionais flexibiliza a indianidade de modo a permitir o compartilhamento da identidade, de seu *ethos*, transformando estereótipos sociais. Por ora, o estudo nos sugere outros olhares sobre as questões levantadas, concebendo a cosmopolítica como um antidispositivo de constituição imaginal, mobilizando uma cosmovisão (*weltanschauung*) promovida por engenhos discursivos.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo?** Chapecó: Argos, 2009.
- ANDRADE, D.; ACCIOLY, S. Tradição vegetalista em territórios moventes: a cosmopolítica yawanawá. XVII JORNADAS SOBRE ALTERNATIVAS RELIGIOSAS NA AMÉRICA LATINA, XVII. Pluralismo e interculturalidade: fluxos e itinerários religiosos. Porto Alegre, UFRGS, 2013.
- ALBUQUERQUE JR., D. M. de. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- APPADURAI, A. Disjunção e diferença na economia cultural global. In: FEATHERSTONE, Mike (Coord.). **Cultura global: nacionalismo, globalização e modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 331-327.

_____. Disjuncture and difference in the global cultural economy. **Theory, Culture & Society**, v. 7, p. 295-310, 1990. Disponível em: <http://www.unc.edu/~jbecks/comps/pdf/appadurai_disjuncture.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2015.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.

FERREIRA OLIVEIRA, A. **Yawa-nawa: alianças e pajés nas cidades**. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas: Psy II, 1995.

MORIN, E. **O método 4: habitat, vida, costumes, organização**. 4. ed. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MOTA, C. N. da. Ser indígena no Brasil contemporâneo: novos rumos para um velho dilema. **Ciência & Cultura**, v. 60, n.4, p. 22-24, out. 2008.

Palavras-chave: Ayahuasca; Engenhos discursivos; Mídia; Terapias.

“MEU PEDIDO FOI VALIDO” - UMA ETNOGRAFIA NO SANTUÁRIO NOSSA SENHORA DA GUIA NA CIDADE DE LUCENA/PB

José Adailton Vieira Aragão Melo¹

INTRODUÇÃO

Em 2009, resolvi que iria fazer o vestibular para a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Não tinha certeza de qual curso iria fazer, resolvi então apostar em Ciências Sociais, pensando que certamente iria “me encontrar” em uma das três áreas do curso. Sempre estudei em escola pública. Filho de um pedreiro e de uma dona de casa. Tive que começar a trabalhar cedo para ajudar meus pais no sustento da casa, assim como minhas irmãs. Devido ao (des)preparo que tive na escola pública, muitas vezes questionei se iria conseguir passar no vestibular. Meus pais, no entanto, sempre foram meus incentivadores. Eles também sempre foram devotos de Nossa Senhora da Guia, e minha mãe, sem eu saber, fez uma promessa para eu passar no vestibular. Apenas quando o resultado saiu, em 31 de janeiro de 2010, é que minha mãe revelou que tinha feito uma promessa e que eu deveria ir ao Santuário acender algumas velas em agradecimento à Santa pelo pedido válido ou aceito.

Este trabalho é fruto do projeto financiado pelo Edital CNPq nº 07/2011, intitulado “Etnografia da Guia: estudo antropológico sobre a comunidade de Nossa Senhora da Guia no Município de Lucena/PB”, coordenado pela

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: adailton.aragao@gmail.com.

professora Ednalva Neves. No primeiro momento, pensava em estudar e desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso sobre a relação da comunidade com o cemitério e a ideia de morte, mas, aos poucos, meu estranhamento com outras questões foram tomando forma, entre elas, a relação entre Fé e Cura entre os devotos – até iniciei a pesquisa sobre essas temáticas. Também considero importante tentar compreender “os pedidos validos” dos devotos e não devotos, pois, como mencionei, não são apenas devotos que vão pagar as promessas, pois a promessa pode ser feita por terceiros e fica então a dívida para ser paga.

METODOLOGIA

Este trabalho é fruto do Projeto mencionado anteriormente, do qual participam também os pesquisadores Márcia Longhi, Pedro Nascimento e Mónica Franch, tendo como auxiliares Uliana Gomes, Dayse Castro, Jadson Silva, além de mim mesmo. E foi realizado em visitas regulares à comunidade e ao Santuário da Guia, com outros pesquisadores e individuais, de 2011 a 2013. Em 2014, realizei visitas individuais, priorizando as missas dos romeiros, e os três momentos/eventos: o dia da festa da padroeira – 8 de dezembro; o dia de Finados – 2 de novembro; e o dia da Romaria da Guia – 12 de outubro. Outro recurso utilizado foi o registro fotográfico e escrito, buscando registrar a característica do lugar e as relações entre as pessoas, a santa e a comunidade; a relação entre fé e cura.

PAISAGEM E FÉ: APRESENTANDO O LOCAL DA PESQUISA

O Santuário de Nossa Senhora da Guia está localizado no município de Lucena, no litoral norte da Paraíba, distando aproximadamente 35 km da

capital, João Pessoa. O Santuário fica a 12 km do centro de Lucena, no alto de uma colina, numa área de preservação ambiental, onde há resquícios de Mata Atlântica e de onde se pode observar, ao mesmo tempo, o mar e a zona rural, esta última composta principalmente por plantações de cana-de-açúcar e coqueirais. Sua localização elevada privilegia a observação dos navios que circulam no mar e na foz do Rio Paraíba. Na parte baixa do Santuário, fica localizada a comunidade da Guia, composta por apenas cinco ruas de casas dos moradores.

“MEU PEDIDO FOI VALIDO”

A primeira vez que ouvi alguém falar “meu pedido foi valido” foi no Santuário de Nossa Senhora da Guia ou Santuário da Guia, como é mais comumente conhecida. Demorei um pouco a entender o significado do termo, mas aos poucos fui ouvindo os devotos e compreendendo tal expressão. No dicionário, o termo é associado a “Que ou quem recebe favor ou alguma proteção de um indivíduo ou poderoso. Seria um protegido. Alguém que é muito estimado por outrem”. Na comunidade católica e, sobretudo no Santuário da Guia, este termo está associado a alguém que faz o pedido. Essa pessoa teoricamente tem uma relação de proximidade com a santa, ou seja, já é um devoto ou está iniciando uma relação de proximidade com Nossa Senhora da Guia. Após o pedido, a pessoa aguarda que a Santa o aceite ou considere a pessoa apta a receber a dádiva ou milagre, depois é concedido e validado o pedido. Desta forma, o devoto toma consciência de que seu pedido foi valido pela santa. Segundo os devotos, o pedido precisa ser feito com fé e devoção, geralmente são pessoas que já foram iniciadas na religião católica há certo tempo. Percebe-se que existe uma relação de transmissão geracional da fé na família, entre os devotos.

"TEM QUE PEDIR COM FÉ"

Diante dos diários de campo e ao longo do projeto do qual fiz parte, pude perceber certas singularidades entre os pedidos das pessoas. Alguns pediram a cura para alguma doença. Em alguns depoimentos, as pessoas relataram que, antes de fazer o pedido, procuraram a medicina convencional e fizeram até tratamento, mas não conseguiram se curar. Diante do desengano dos tratamentos convencionais, resolveram fazer o pedido à Nossa Senhora da Guia. Este tipo de relato encontra eco na literatura sobre itinerários terapêuticos, possibilitando pensarmos nos processos de "adoecimento e cura" (ALVES, 1993).

A história do Sr. Zé Bil, como é conhecida na comunidade, é interessante para pensarmos o que leva as pessoas a fazer o pedido. Ele sentia fortes dores nas pernas, já tinha usado plantas medicinais, foi ao farmacêutico de sua cidade natal, no interior da Paraíba. O farmacêutico era considerado o médico da cidade. Ele foi medicado, mas o problema continuou e cada vez mais forte. Dada a sua situação, resolveu fazer a promessa à Santa. Meses depois, já estava curado e foi pagar a promessa no Santuário. Seu débito com a Santa foi acender algumas velas no Santuário. Depois disto, sua fé aumentou e também sua gratidão e devoção.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os dados obtidos por meio de observação participante e entrevistas realizadas na comunidade nos levam a uma reflexão na tentativa de compreensão do Santuário, atualmente, a partir dos pedidos dos devotos, os pedidos que são validos pela Santa e o momento de pagar a promessa. Essas questões não foram meu objeto inicial, mas considerando as visitas

e conversas informais com os devotos e moradores da comunidade, fiquei indagando sobre essas questões e como podem ser interpretadas à luz das ciências sociais, além dos autores que nos trouxeram contribuições para tentar entender as relações dos homens com os santos.

A ideia de aproximação com a Santa e a “eterna” dívida em pagar a graça alcançada, permite-nos refletir sobre a relação dos devotos com Nossa Senhora da Guia e também as aproximações geradas por terceiros, no caso dos não devotos serem levados a pagar a promessa feita por outra pessoa. No primeiro momento, achava que após o pagamento dos pedidos o ciclo se encerrava. Mas depois da entrega dos objetos ou dos sacrifícios (MAUSS; HUBERT, 2005), a relação com a Santa e o sentimento de gratidão continua, diria que é um tipo de “dívida” que não foi paga ou o pagamento não foi suficiente para o pedido válido. Visitando a sala dos ex-votos, podemos perceber a pluralidade dos pedidos e as variadas formas de pagar as promessas. Grande parte dos objetos são partes do corpo humano. São extensões do corpo fora do corpo. Conforme a fala de um devoto: “olha meu braço”; “está vendo minha cabeça?! A Santa me curou”. Conforme Mauss (2003, p. 198), “Se o presente recebido, trocado, obriga, é que a coisa recebida não é inerte. Mesmo abandonado pelo doador, ele ainda conserva algo dele.”. Essas questões nos permitem tentar compreender a relação das pessoas com o Santuário e com a Santa atualmente.

Outra contribuição importante foi quanto à circulação dos objetos no Santuário. Os ex-votos são utilizados para várias pessoas, mesmo que elas não tenham consciência desse fato – essa circulação dos ex-votos chama a atenção para trocas que ocorrem subterraneamente. Apesar dessa circulação não autorizada, os devotos reconhecem seus objetos e afirmam para os demais seu pedido aceito e o poder da Santa. Para encerrar, neste trabalho tentei mostrar como seguir a “pista” etnográfica dos pedidos válidos, que me

foi revelada a partir de uma vivência pessoal, e pode nos ajudar a compreender como se processam, na comunidade da Guia, as relações das pessoas entre si e “com a Santa”.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./sep. 1993.
- DURKHEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 166-250.
- FERGUSON, R. Exvotos: folk art and expressions of faith in Mexico. **Mexconnect**, 11 nov. 1999. Disponível em: <<http://mexconnect.com/articles/969-exvotos-folk-art-and-expressions-of-faith-in-mexico>>. Acesso em: 19 jul. 2014.
- GASPAR, L. **Ex-votos**. Pesquisa escolar online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- LIMA, Y. Culto, devoção e santidade: um estudo bibliográfico sobre o processo santoral na religiosidade cristã. **Nova Revista Amazônica**, v. 1, n. 2, p. 131-154, jul./dez. 2013.
- MACIEL, E. et al. **Etnografia na Guia**: estudo antropológico sobre a comunidade de Nossa Senhora da Guia no município de Lucena/PB. Grupo de Pesquisa em Saúde e Cultura [blog]. Disponível em: <<http://grupessc-ufpb.blogspot.com.br/2012/04/conheca-nossos-projetos-em-andamento.html>>. Acesso em: 26 jun. 2014.
- MAUÉS, R. H. A Mãe e filho como peregrinos: dois modelos de peregrinação católica no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-12, jul./dez. 2013.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p. 185-314.
- MAUSS, M.; HUBERT, H. **Sobre o sacrifício**. São Paulo: Cosac & Naify, 2005.

Palavras-chave: Cura; Devoção; Dívida; Ex-votos.

EFICÁCIA SOMBÓLICA E SAÚDE: MAGIA E CURA NA PRÁTICA RITUAL DE REZADEIRAS

Ademilde Alencar Dantas de Medeiros Neta¹

Maynara Costa de Oliveira Silva²

INTRODUÇÃO

Dentre as muitas abordagens da saúde e da doença no âmbito da Antropologia, o tema da magia e de sua eficácia no processo de cura é, sem dúvida, de grande relevância como objeto de pesquisa, tendo em vista as múltiplas dimensões que o tema abarca enquanto modo de expressão social e cultural. Trabalhos antropológicos de estudiosos como Marcel Mauss e Claude Lévi-Strauss são considerados clássicos no âmbito das Ciências Sociais em virtude de seu valor universalmente reconhecido e sua importância enquanto modelos a serem seguidos. Na concepção de Marcel Mauss, mágico é

[...] o indivíduo que efetua atos mágicos, mesmo quando não é um profissional; chamamos representações mágicas as ideias e as crenças que correspondem aos atos mágicos; quanto aos atos, em relação aos quais definimos os outros elementos da magia, chama-los ritos mágicos (MAUSS, 2003, p. 55).

Nesse sentido, os ritos mágicos são fatos de tradição, que ganham o caráter de mágico a partir da eficácia na repetição do ato e em sua crença pelo grupo. Logo, é pela opinião que o grupo tem sobre o ato que ele será

1. PPGAS/UFRN/CAPES/FAPERNE. E-mail: ademildealencar@hotmail.com.

2. PPGAS/UFRN/CAPES/FAPERNE. E-mail: maycosta_13@hotmail.com.

sancionado como mágico ou não, uma vez que “não podemos nos contentar em chamar de mágicos os fatos que foram designados como tais por seus atores ou por seus espectadores” (MAUSS, 2003, p. 52). Ainda numa outra obra da antropologia clássica encontramos um importante debate que igualmente diz respeito à questão da magia e seus aspectos enquanto prática de cura. Claude Lévi-Strauss, no ensaio *O feiticeiro e sua magia* (1975), aborda o xamanismo enquanto fenômeno cuja eficácia é atribuída a mecanismos psicofisiológicos. O autor identifica a eficácia da cura xamanística como um mecanismo psicológico produzido a partir das práticas mágicas realizadas pelo xamã, que não só crê na própria capacidade de curar como faz o doente acreditar – por meio de sua autoconfiança – na eficácia de sua técnica mágica. Em consequência disso, é constituída toda uma rede de confiabilidade na cura realizada pelo xamã, que sendo a figura social que representa a sabedoria, legitima a opinião coletiva como verdadeira. Dá-se então, nesse contexto, o que o autor chama de eficácia simbólica.

Posto isto, considerando o papel da eficácia simbólica nas alterações psíquicofisiológicas no doente, nosso objetivo, com este trabalho, é refletir e estabelecer uma relação entre essas práticas representativas de magia e uma forma de representação tradicionalmente reproduzida pelas rezadeiras, cuja prática de cura envolve igualmente religiosidade e atos de ordem mágica na esfera da saúde humana. Para isso, utilizamos, neste trabalho, além da pesquisa bibliográfica – imprescindível a qualquer trabalho acadêmico no que tange à fundamentação teórica –, a pesquisa de campo, que no âmbito da ciência antropológica proporciona ao trabalho grande enriquecimento. Logo, para obtermos informações diretas sobre a prática de cura dessa natureza, conversamos com duas rezadeiras experientes, sendo uma residente em Macaíba - RN, que denominaremos Rosa; e outra residente em São João do Sabugi - RN, que chamaremos de Maria. Em linhas gerais, as rezadeiras, estabelecendo uma relação com o sagrado através da

oralidade e da gestualidade, são detentoras de um grande saber religioso, sendo capazes de, “por meio das rezas e dos rituais, curar males e devolver o equilíbrio emocional e físico àqueles que as procuram” (NASCIMENTO; AYALA, 2013, p. 3). Seus conhecimentos mágico-religiosos marcados por um forte sincretismo religioso dão conta de curar enfermidades do corpo e do espírito, como “olhado, quebranto, ventre-caído, arca caída, peito aberto, cobreiro”, e até mesmo “problemas recorrentes da vida moderna como separação de casais, vícios, depressão, desemprego etc.” (SANTOS, 2004, p. 14), sempre através das rezas e outros rituais, cuja eficácia se dá com o auxílio de objetos simbolicamente sagrados, como ervas, tecido e agulha e cordões, que intermediarão o processo de cura ou descoberta do problema do indivíduo que busca a reza. A pessoa que procura uma rezadeira para resolver seu problema, seja ele de que ordem for, de modo geral reconhece naquela prática uma forma alternativa de cura cuja eficácia é validada, tal como destacam Mauss (2003) e Lévi-Strauss (1975), a partir de aspectos diferentes: a crença da rezadeira em seu poder de cura; a fé do doente que a procura, por enxergar nela a capacidade sobrenatural de curá-lo; e a crença coletiva que se efetiva em relação ao poder mágico daquela rezadeira. Assim ocorre com D. Maria que, aos 77 anos, recebe semanalmente muitas pessoas em busca de seu auxílio para curar enfermidades, entre outras coisas. Rezando desde os nove anos, D. Maria exerce a atividade para ajudar as pessoas que a procuram: *“Muita gente me procura. Procura muito [...] É pra mal olhado, é pra carne triada, é pra dor de cabeça, é pra objeto perdido e até objeto roubado também.”* É muito comum levar crianças para serem curadas de mal olhado – ou simplesmente olhado –, quando apresentam, entre outras coisas, indisposição, falta de apetite e constantes bocejos. Tal enfermidade é atribuída a uma pessoa cuja admiração ou inveja afetou a criança. Logo, durante o processo de cura, a rezadeira saberá se foi homem ou mulher que provocou o mal e, em seguida, resolverá o problema de ordem espiritual com auxílio

de um ramo (feito com ervas como a arruda, conhecida popularmente por espantar mau-olhado), que ao final da reza murcha em razão da absorção de todo o mal. Já a carne triada, à qual D. Maria se refere, trata-se de uma enfermidade de ordem física que exige, para sua cura, a costura de um pedaço de pano com agulha enquanto são proferidas palavras mágicas. “O pano representa a carne da pessoa, a pele que está ferida ou com alguma luxação. A agulha representa Cristo unindo as peles, sarando a derme e restituindo a saúde do corpo.” (NASCIMENTO, 2010, p. 81). D. Rosa, nossa outra interlocutora, também muito procurada, realiza todos os tipos de curas já citados e conforme a queixa da pessoa que pede seus cuidados, ela utiliza uma técnica diferente para descobrir o problema que a acomete. Se lhe é relatado desconforto nas costas e problemas visíveis na postura, ela faz o teste com um cordão para confirmar se se trata de espinhela caída. Em outros casos, pode fazer uso de azeite preto gotejado no chão e assim adivinhar o problema de seu paciente. Em muitas situações ela sente o que há de errado, e seu corpo é tomado por um espírito que comanda a cura do enfermo. Dessa forma, é possível percebermos que “o ritual do processo de cura segue uma lógica dinâmica” entre as partes, que “passa pelo diálogo, a oração e as prescrições” (SANTOS, 2004, p. 42), preservando dentro de alguns limites a ética do segredo, mantida pela rezadeira, no que diz respeito às palavras professadas e aos sentimentos e revelações mais íntimos, durante o momento de possessão e processo de cura. Como *dom*, certas coisas não devem ser compartilhadas ou reveladas para leigos. Logo, essa mística as coloca num local de destaque, não só diferenciando-as dos demais, como exigindo delas uma postura social diferenciada. Postura essa que, associada ao reconhecimento individual de sua capacidade de adivinhação e de cura, compõe a crença coletiva, pautada na confiabilidade de seus atos mágicos. Portanto, analisando a configuração da cura pelas rezadeiras, fenômeno tão familiar em nossas práticas culturais, sentimo-nos à vontade para reiterar

o que é posto por Mauss (2003), quando afirma que é um erro estabelecer uma concepção de magia como totalidade, ainda que todas elas possuam em alguma medida semelhanças em sua composição. Do mesmo modo, fica evidenciado, após nossa breve análise dos rituais de cura pelas rezadeiras, que sua eficácia, assim como ocorre em outros rituais de magia realizados por outros grupos sociais, é concretizada pelo caráter simbólico que lhe é conferido no ritual e em toda situação social que legitima o ato como eficaz. Nesse sentido, fica claro que cura de uma pessoa, cuja enfermidade foi tratada pela reza, corresponde, como em outros rituais de cura, à resposta física ou psicológica da fé que aquele enfermo depositou naquela que praticou sobre ela o ritual de cura. A fé do enfermo em sua cura provém da legitimidade da rezadeira que é disseminada socialmente. A rezadeira, por sua vez, só tem sua figura atribuída ao poder de cura e à eficácia no ritual da cura graças a confiança que nela deposita o doente, bem como sua autoconfiança, assentada no imaginário coletivo construído a seu respeito. Logo, D. Maria, D. Rosa e tantas outras rezadeiras não teriam o reconhecimento que hoje possuem se não tivessem a legitimação de seu poder de cura pelo coletivo social. A eficácia da cura pela reza ocorre, portanto, simbolicamente, na medida em que os símbolos considerados sagrados determinam a prática da cura como ato sagrado, conferindo, com isso, uma manipulação psicológica capaz de atribuir ao processo ritual um caráter terapêutico eficaz.

REFERÊNCIAS

- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- NASCIMENTO, D. G. do. **Tradições discursivas orais**: mudanças e permanências nas rezas de cura e benzeduras populares da região de Itabiana. 2010. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

NASCIMENTO, D G. do; AYALA, M. I. N. As práticas orais das rezadeiras: um patrimônio imaterial presente na vida dos itabaianenses. **Nau literária**, Dossiê Voz e interculturalidade, Porto Alegre, v. 9, n. 1, jan./jun. 2013.

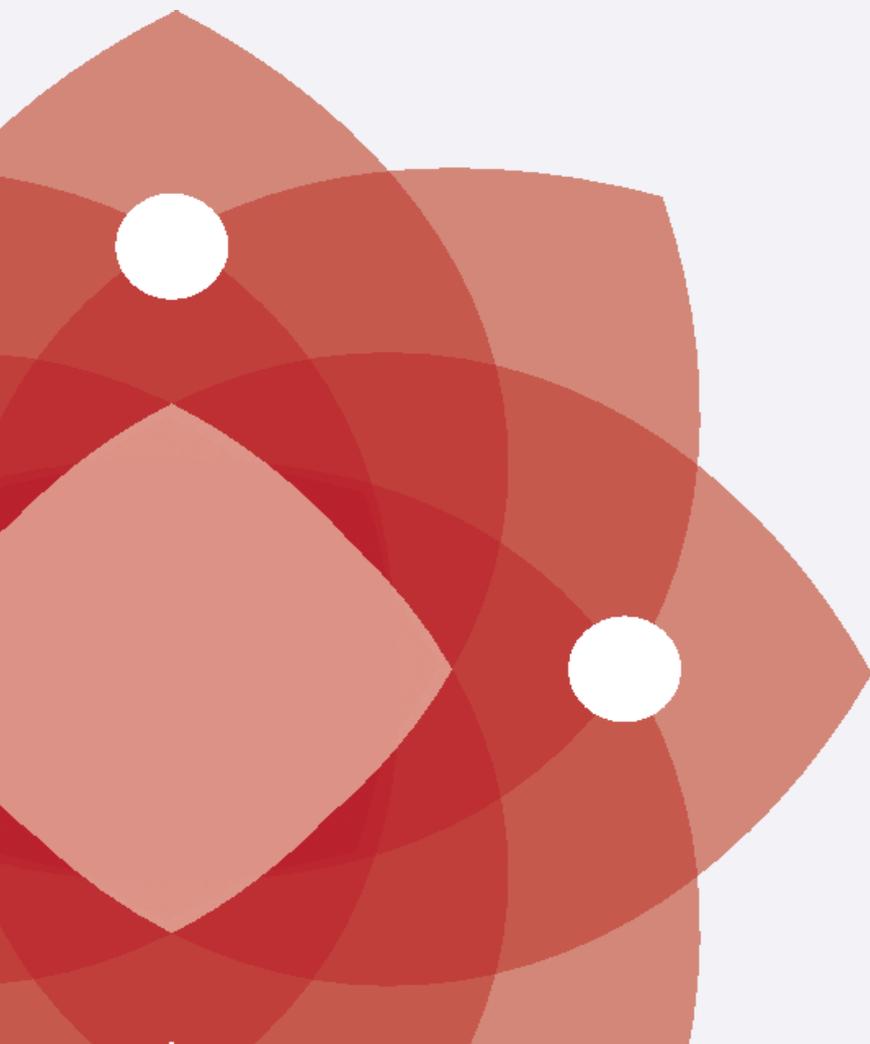
SANTOS, F. V. dos. **Rezadeiras**: prática e reconhecimento social. 2004. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

Palavras-chave: Magia; Saúde; Rezadeiras; Eficácia simbólica.

GT 7: CORPO E SOFRIMENTO

Coordenadora: Mônica Araujo (UFPB)

Debatedor: Artur Perrusi (UFPE/CFCH/DS/PPGS)



TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) - BREVES REFLEXÕES A RESPEITO DESSE FENÔMENO

Evelynne Tamara Tavares¹

INTRODUÇÃO

A discussão aqui em pauta esteve e está predominantemente marcada pelos discursos biomédicos que auxiliam na construção, controle e disciplinamento dos corpos. Tal como aponta Foucault (1979, p. 80), “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

O controle e o disciplinamento dos corpos se dá através de diferentes estratégias de exercício do poder, sejam estas aplicadas através das técnicas apreendidas pelas instituições, tais como família, igreja, Estado, seja pelo discurso técnico científico apresentado e incorporado, que perpassa tanto o nível individual como institucional, tornando-se algo reconhecido como legítimo e verdadeiro. Para exemplo do que foi dito, citamos Foucault novamente, quando afirma:

[...] a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente (FOUCAULT, 1979, p. 79).

1. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB).
E-mail: evelynnetavares@hotmail.com.

É no aporte teórico dessa medicina moderna, que é social em sua maior parte, que se elaboram e executam as técnicas de controle dos corpos, bem como é nesse mesmo campo que se forma e controla a patologização do diferente, que aqui é representado pelo/a portador/a de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

A importância das reflexões aqui propostas pode ser justificada pela grande evidência social que o tema aqui abordado tem apresentado, uma vez que esta “doença” tem efeitos muito mais sociais do que físicos/corporais. Chama-se atenção para a necessidade que se coloca de estranhar e questionar as formas de controle que têm sido adotadas para enquadrar aqueles/as que não conseguem se encaixar de modo “pleno e harmonioso” nas dinâmicas socioculturais adotadas pela sociedade moderna/contemporânea.

Ao fazer um breve levantamento em *sites* acadêmicos, bem como outros acessos menos rigorosos, tanto conceitual como metodologicamente, em seus discursos de disseminação de informação sobre o que é, onde se dá, quais as características/“sintomas” (uma vez que o discurso médico enquadra os aspectos comportamentais considerados “desviantes” como doença, ou seja, tende à patologização da vida social), o que se pôde encontrar foi uma gama de artigos científicos, das mais diferentes áreas, e com os mais diferentes e divergentes argumentos possíveis a respeito do assunto, os quais, a depender da área de especialização, panfletam tanto a favor como contra o diagnóstico de TDAH.

Neste texto, que tem por pretensão tentar refletir e relativizar o que seria esse fenômeno TDAH, procurou-se resgatar a história desse diagnóstico, bem como observar o que o caracteriza e como vem sendo tratado.

CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO FENÔMENO DO TDAH: HIPÓTESES, CAUSAS, SINTOMAS E TRATAMENTOS

A nomenclatura de TDAH foi incorporada recentemente nos manuais de conduta da saúde, mais precisamente a partir do ano de 1994. No entanto, as investigações sobre o comportamento “desviante” como patológico já está inserida no discurso médico científico desde o final do XVIII, como afirma Richter (2012) em sua pesquisa sobre o referido transtorno e a relação que se estabelece entre este como patologia e as implicações de tal diagnóstico para a instituição escolar. A autora discorre sobre os primórdios do fenômeno TDAH apontando que:

A atual nomenclatura de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi instituída em 1994 pela *American Psychiatric Association*, com a publicação da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV). Em épocas remotas, outras nomenclaturas já haviam designado um quadro clínico semelhante: “reação hipercinética”; “dano cerebral mínimo”; e, posteriormente, por não serem detectadas anomalias na estrutura cerebral dos indivíduos acometidos pela doença, passou a se chamar de “disfunção cerebral mínima” (RICHTER, 2012, p. 47).

As três características apontadas como descritivas para o TDAH são: *desatenção, hiperatividade e impulsividade*. Quando a criança, ou o/a adulto/a, paciente, se reconhece, ou é reconhecido/a pela família, colegas de escola ou de trabalho como encaixado/a em pelo menos duas das características apontadas como sintomáticas, por período igual ou superior a seis meses, esta criança ou adulto/a pode ser diagnosticado/a como portador/a de TDAH.

No entanto, nenhum outro exame, fora o narrativo comportamental pode atestar o diagnóstico de TDAH, nesse sentido, Naza lembra que:

Não existem exames e testes que apontem ou confirmem diagnóstico do TDAH. O diagnóstico é clínico, dado por médico e, segundo Rohde e Halpern (2004), baseia-se em sintomas atuais, sendo que as manifestações clínicas do TDAH não se tornam visíveis em crianças e adolescentes durante a consulta médica. [...] O diagnóstico definitivo dependerá do relato de pais e professores e da experiência de médicos e psicólogos para interpretar e avaliar os dados coletados. Há consenso da área de saúde que, após diagnóstico médico do TDAH, o tratamento inclui medicação e intervenções terapêuticas e psicossociais (NAZAR, 2011, p. 15-16).

Os processos terapêuticos devem ser ministrados para que as pessoas em questão, as quais foram clinicadas e diagnosticadas, adequem-se às referências padrão. Para tanto, são recomendados o uso de substâncias químicas que auxiliam no processo de enquadramento dos corpos indocilizados. Segundo o antropólogo Rui Harayama (2013, p. 263), “[...] a medicalização é a apresentação contemporânea da gestão das diferenças.”

A HEGEMONIA DA BIOMEDICINA COMO DISCURSO CIENTÍFICO LEGÍTIMO – AS CIÊNCIAS DURAS E O TDAH

“O papel dos médicos é intervir física ou quimicamente para consertar ou regular os desajustes”

(MESQUITA, 2009, p. 19).

O fenômeno da patologização do que se veio a chamar de TDAH, como já foi dito anteriormente, não tem bases empíricas dentro do uso das técnicas de pesquisa da biomedicina, ficando as características que enquadram certas pessoas como tais quase que restrita ao campo das análises clínicas

comportamentais. Sendo o comportamento do TDAH considerado uma alteração indevida, necessita ser regulado por certas medidas.

A patologização dos/as que não se enquadram, ou não se adequam a algumas regras sociais, também faz parte de uma tendência excludente e reguladora dos mecanismos de controle social. A legitimação institucionalizada do discurso, técnicas e práticas do campo médico científico têm sido formadoras e disseminadoras de novas táticas, para os mesmos fins. A este respeito ainda, afirma Caliman (2009, p. 136): “O TDAH é analisado como um objeto empírico e social criado na constelação política, econômica e científica característica da segunda metade do século XX.”

Para o autor,

O processo de legitimação e “des-legitimação” de uma condição mórbida é extremamente complexo. Ele envolve valores morais, interesses políticos, econômicos e sociais específicos de uma época e de um contexto. Ele também deriva dos acordos que sustentam o estilo de pensamento científico dominante (CALIMAN, 2009, p. 142).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como analisar e instituir de forma biomédica e neurológica ações que são balizadas por questões culturais? Quais seriam os reais interesses da indústria farmacêutica no tratamento do TDAH? Auxiliar na forma de controle de tal “patologia”, ou aumentar suas estatísticas de lucro com a distribuição de medicações? Qual o papel da família e da escola diante de tal diagnóstico? Seria esse diagnóstico uma forma mais confortável de apaziguar os conflitos familiares e amortizar suas “culpas” pela ausência (justificada pelas exigências impelidas pela exploração do mundo capitalista) no acompanhamento mais próximo da educação de seus/suas filhos/as? E a escola, que continua reproduzindo os mesmo métodos de ensino, embora o contexto econômico,

social, cultural, tecnológico seja diferente de outrora. Será que não é mais cômodo para esta ter corpos domesticados através da ação de substâncias, em vez de buscar outras estratégias para lidar com as diferenças que se apresentam em seu espaço?

Os questionamentos que continuam a surgir, e a emergência de mais indagações são as conclusões que se apontam para o momento. Ou seja, este é um assunto delicado e complexo, e sem grandes perspectivas de consenso, tendo vista as múltiplas esferas às quais pertence.

Aqui, tentou-se um breve levantamento de informações que podem auxiliar na indagação sobre a argumentação obtida para o controle de corpos.

REFERÊNCIAS

- CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- HARAYAMA, R. Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário Sobre o Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 261-265, jul./dez. 2013.
- RITCHER, B. R. **Hiperatividade ou indisciplina? O TDAH e a patologização do comportamento desviante**. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- MESQUITA, R. C. de. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discursomédico ou construção educacional?**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- NAZAR, T. R. N. **Representações sociais dos professores dos anos finais do ensino fundamental sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

Palavras-chave: TDHA; Biopolítica; Saúde; Discurso médico; Patologização.

POLICIAIS MILITARES DE ALAGOAS E OS DANOS SOFRIDOS EM SERVIÇO. ANÁLISE DOS INQUÉRITOS SANITÁRIOS DE ORIGEM NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS

João Marcos Francisco Sampaio¹

OBJETO E OBJETIVOS

A Polícia Militar do Estado de Alagoas é a instituição de segurança pública que possui maior visibilidade social, na medida em que a natureza da atividade desenvolvida – o policiamento ostensivo – produz inevitável aproximação com a população civil e com os delitos praticados cotidianamente. Por isso mesmo, os/as policiais militares são os/as profissionais que estão mais vulneráveis às situações de risco que podem acarretar lesões irreversíveis e até a morte. Além do que o risco social, que corresponde ao significado da escolha profissional, traz arraigado o prazer pelo enfrentamento e pela ousadia como opção (CASTIEL, 1999).

Uma vez que a polícia, a força pública, possui o monopólio da força sobre todos, visto que está habilitada a intervir onde quer que vá, a qualquer tempo e contra qualquer um, salvo exceções nas quais esse exercício de força é limitado (MONJARDET, 2012, p. 26), é frequente que, no exercício dessa força pública, seus executores, os policiais, sofram danos irreparáveis em operações militares.

1. Faculdade de Direito, Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: joaofranciscosampaio@hotmail.com.

Corroborando o acima exposto, todos os dias os meios de comunicação de massa noticiam mortes violentas ou ferimentos graves ocasionados em policiais militares por todo o Brasil. O estado de Alagoas, como uma das unidades da Federação que conta com um dos maiores e mais alarmantes índices de criminalidade, pelas mais variadas motivações, também se destaca nessas circunstâncias, muito embora a repercussão da mídia não se aprofunde nas consequências advindas das vitimizações desses profissionais de segurança pública. Além do que não há uma consciência no sentido de prevenir ou proteger os policiais, visto que não lhes é oferecida uma infraestrutura básica para lidar com situações de perigo (MINAYO et al., 2008), como, por exemplo, serviço especializado de atendimento móvel em caso de lesões ou ferimentos sofridos durante alguma operação ostensiva.

Nos casos de lesão irreversível ocorrida em serviço, são instaurados os procedimentos dos Inquéritos Sanitários de Origem, realizados no Hospital da Polícia Militar do Estado de Alagoas, destinados a inspecionar, por meio da Junta Médica Militar, a extensão dos danos sofridos pelos policiais militares em serviço para fins de recebimento de vencimentos integrais ou proporcionais nos casos de necessidade de reforma em virtude dos danos sofridos, conforme preceitua o Estatuto da Polícia Militar de Alagoas (ALAGOAS, 1992). Sendo objetivo dessa pesquisa a análise das condições de saúde dos policiais e os procedimentos para a reforma por incapacidade definitiva decorrente de danos sofridos em serviço.

METODOLOGIA

Utiliza-se como técnica de pesquisa a análise documental dos procedimentos dos Inquéritos Sanitários de Origem, ou seja, o trâmite para que policiais militares lesionados em serviço tenham definido, pela Junta Médica

Militar, se receberão os proventos integrais ou correspondentes ao tempo de serviço prestado à corporação.

A pesquisa possui duplo viés metodológico, quantitativo e qualitativo, que se complementam ao agregar os dados estatísticos coletados e as narrativas dos sujeitos envolvidos, tanto de profissionais do Hospital Militar quanto de policiais que sofreram lesões corporais irreversíveis, bem como familiares de policiais militares lesionados, a fim de entender como avaliam os procedimentos referentes a mortes e lesões.

O presente trabalho encontra-se em andamento, de forma que ainda há a necessidade de mais pesquisa de campo, principalmente de entrevistas com os policiais militares lesionados, familiares e profissionais do Hospital Militar.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O principal posto de atendimento aos policiais militares é o Hospital da Polícia Militar do Estado de Alagoas, que recebe tanto os que sofreram danos em operações ostensivas quanto os que sofrem de moléstias não decorrentes do serviço. Contudo, a necessidade desses serviços de atendimento médico é muito maior do que a oferta dessa unidade hospitalar, o que acarreta em dificuldade para o atendimento ambulatorial, resultando em grandes listas de espera e marcações de determinadas especialidades médicas para uma data muito distante, apesar da urgência que muitas vezes se percebe em determinados casos.

Esse problema agrava-se, pois as operadoras de planos de saúde, ao contrário do que ocorre com outros órgãos públicos, não realizam convênios com a Polícia Militar do Estado de Alagoas, em razão do fato de a profissão ser tida como de altíssimo risco, o que oneraria excessivamente as operadoras.

Contudo, para fins de aposentadoria – no jargão militar, reforma – por incapacidade definitiva, faz-se necessário dar início a um processo específico, o Inquérito Sanitário de Origem, que deve ser realizado no Hospital da Polícia Militar, e por médico militar (ALAGOAS, 2012), o que restringe esses pedidos e provoca demora na análise dos casos, dada a demanda pelos serviços do hospital ser maior do que sua capacidade de resposta.

Algumas pessoas, além do próprio interessado ou seu representante legal, estão legitimadas a requerer o Inquérito Sanitário, a exemplo do Comandante Geral da Polícia Militar e o Diretor Saúde. Porém, no caso de o Inquérito ser solicitado pelo próprio candidato à reforma, são estabelecidos critérios que não são exigidos para os outros legitimados (POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE ALAGOAS, 1993) e que não só dificultam o processo, mas podem funcionar como brecha para o clientelismo.

O procedimento dos Inquéritos Sanitários de Origem não tem o condão de definir apenas se os proventos serão integrais ou não, que é o que ocorre na maioria dos casos, mas também se o policial militar terá ou não direito à promoção a posto imediatamente superior ao que ocupava antes da incapacidade, o que implica também em aumento dos proventos.

Os danos abrangidos pela legislação da Polícia Militar vão além das lesões corporais ocorridas em atividades ostensivas. Também é possível solicitar a reforma em virtude de danos psicológicos decorrentes do serviço, embora requerimentos nesse sentido sejam mais raros, inclusive pela cultura desse segmento, na qual não há orgulho em ter sido vítima de “alienação mental” – termo do Estatuto da Polícia Militar de Alagoas –, em decorrência da atividade (ROLIM, 2006).

Os proventos se dão de acordo com a situação em que ocorreu a incapacidade definitiva para o serviço militar, o que não quer dizer que ele está inválido para realização de serviços na esfera civil. Se o militar tiver sido ferido em cumprimento de seus deveres funcionais ou em um acidente em

serviço, ele terá direito à promoção e proventos integrais. Tal promoção ocorre sem a necessidade de invalidez, que é condição para promoção em caso de moléstia que possua relação de causa e efeito com o serviço, se essa moléstia não invalida o policial, ele não terá direito à promoção funcional. Nos casos de moléstia não relacionada ao serviço, não é possível a promoção funcional em qualquer hipótese; em caso de invalidez, os proventos serão integrais, caso contrário serão proporcionais ao tempo de serviço (ALAGOAS, 1992).

As situações acima narradas denotam uma valorização institucional do risco sofrido pelo policial, visto que se tornar definitivamente incapaz “por ferimento recebido na manutenção da ordem pública ou enfermidade contraída nessa situação ou que nela tenha sua causa eficiente” (ALAGOAS, 1992, p. 17) implica promoção funcional por estar em cumprimento de seu “dever maior”, reforçando a conotação positiva da percepção e vivência do risco ocorrido em atividades policiais ostensivas, sendo ele o próprio sentido da existência da força policial (MUNIZ, 1999).

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. Lei nº 5346, de 26 de maio de 1992. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado de alagoas e dá outras providências. **DOEAL nº 097**, Maceió, AL, 27 maio 1992. Disponível em: <http://www.pm.al.gov.br/bprv/downloads/downloads_estatuto_da_policia_militar.pdf> Acesso em: 17 out. 2015.
- CASTIEL, L. D. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa; Fiocruz, 1999.
- MINAYO, M. C. de S; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P. (coords.). **Missão prevenir e proteger:** condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MONJARDET, D. **O que faz a polícia:** sociologia da força pública. Tradução Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Edusp, 2012.

MUNIZ, J. **Ser policial é, sobretudo, uma razão de ser**: cultura e cotidiano da polícia militar do Rio de Janeiro. 1999. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE ALAGOAS. Resolução nº 001/93 - PM/1 de 16 de janeiro de 1993. Aprova o Regulamento para a expedição e elaboração de Documentos Sanitários de Origem- RDSO (RPM/6). **DOEAL N° 050**, 17 jun. 1993.

ROLIM, M. **A síndrome da rainha vermelha**: policiamento e segurança pública no século XXI. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

Palavras-chave: Militares; Inquiridos; Saúde; Risco.

O VALOR DA MORTE: UMA ETNOGRAFIA NO CEMITÉRIO DE SÃO JOSÉ, JOÃO PESSOA/PB, ANALISANDO AS RELAÇÕES ECONÔMICAS QUE ENVOLVEM A MORTE

Bruna Tavares Pimentel¹
Heytor de Queiroz Marques
Jhessyca Nátally de Santana Silva
Raphaella Ferreira Mendes
Weverson Bezerra Silva

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu de uma etnografia desenvolvida na disciplina de Antropologia Contemporânea. Dentro da grade de assuntos, Victor Turner, em seu livro *O processo ritual*, despertou interesse dos membros, abordando o tema Liminaridade com ênfase na morte e seus rituais de passagem, gerando curiosidade, pois denota um momento de vivência pelo qual todos passam, que seria a perda de um ente, a ida ao cemitério, os sentimentos, o simbolismo relacionado à morte.

Para observação em campo, foi escolhido o cemitério São José, localizado em João Pessoa/PB. A data escolhida para a primeira visita foi 2 de novembro de 2014, pois simboliza, na cultura brasileira, a comemoração do Dia

1. Licenciatura em Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: heytorqueiroz@hotmail.com; jhessyca.nssilva@gmail.com.

de Finados². Nesta data, a grande movimentação de pessoas nos cemitérios torna-a interessante para observar as relações construídas em torno da morte.

Victor Turner relata que a morte marca uma mudança do posicionamento do indivíduo na estrutura social, que num primeiro momento ocorre o distanciamento, saindo da posição que ocupava, para, posteriormente, passar por um processo de liminaridade, ficando desprovido de *status*, após o que o indivíduo passa a ocupar outra posição na sociedade, como uma forma de renascimento. No campo, observamos no dia da primeira visita que o processo de mudança de *status* já havia ocorrido e sido aceito pelos familiares, ficando isso demonstrado pelo comportamento de sentar em cima dos túmulos, e até mesmo pelo próprio ato da visita.

Ao observar a área do cemitério, percebemos duas partes principais: a primeira, mais próxima da capela e das vias principais, é destinada aos mausoléus, feitos de mármore, onde as famílias são proprietárias desses terrenos, e a segunda, mais afastada do centro, é onde se encontram as covas rotativas, compradas por um determinado tempo, após o qual os restos mortais devem ser realocados para os ossários³.

Gilberto Freyre, em sua obra sobre sociedade patriarcal do Brasil, no quarto volume, planeja abordar a diferença entre os jazigos, que são locais planejados para sepultar grandes famílias, e as covas rasas, que eram destinadas aos pobres e escravos, ou seja, “A materialidade dos túmulos selaria

2. Dia de finados ou dia de fies fúnebres é um feriado Católico que ocorre dia 2 de novembro onde os cristões vão orar pelos entes que já se foram, esse feriado foi criado pelos papas Silvestre II e João XVII e Leão IX abriram as portas dos cemitérios, que antes apenas os monges podiam, para a população orar pelos seus entes dedicando assim dia 2 para o dia de finados, pois dia 1 é dia de todos os santos. Fonte: Wikipedia.

3. Ossário é uma câmara onde ficam guardados os restos mortais depois que saem das covas rotativas, essa remoção ocorre quando a família abandona a cova por um ano, ou quando passa o tempo que seria de dois anos na cova rotativa.

os destinos opostos das duas parcelas da população em sua última moradia” (BRESICIANI, 2002, p. 41).

Além da divisão social observada, a parte administrativa revelou um elemento do comércio em torno da morte. A partir de uma entrevistada, foi ressaltado que existe uma “comerciata”⁴ no cemitério, percebemos então que o local não é apenas um espaço de enterrar os mortos, mas também local onde ocorrem diversas negociações. Por exemplo, ao querer reformar o túmulo da mãe, foi cobrado o valor de R\$ 1.300,00 pela mão de obra, os materiais deveriam ser comprados no cemitério e os valores desses produtos estavam superfaturados, pois a entrevistada sabia os preços dos materiais de construção, uma vez que, concomitantemente, estava fazendo a reforma de sua casa. A entrevistada relata que tem medo de represálias por parte da administração, pois irá realizar a reforma com funcionários de sua confiança, comprando, assim, uma briga com a administração – permitindo-nos perceber, então, a presença do sistema capitalista por trás da morte.

Em conversa com algumas pessoas que tem parentes enterrados no cemitério, foi possível notar em suas falas um certo descontentamento com a gestão do local. Segundo os informantes desta pesquisa, o cemitério está desorganizado, vive sujo e não recebe a devida atenção. Os informantes nos contam que a cova de seus familiares é conservada a partir de cuidados realizados por terceiros, pagos por eles. Ao falar com o grupo de senhoras que são terceirizadas, percebemos que valorizam bastante o seu trabalho, pois muitas delas passam meses ou anos para conseguir uma vaga para realizar esse trabalho de limpeza, que por sinal não é legalizado, tratando-se de um serviço irregular e autônomo.

4. Termo utilizado por uma de nossas entrevistadas para definir toda a negociação ilegal e abusiva existente no cemitério.

No terceiro momento da nossa ida ao cemitério, notamos que as terceirizadas encontradas no local estão na faixa etária entre 50 e 80 anos, e começaram a trabalhar ainda jovens, excetuando duas delas, uma menor de idade e uma travesti com idade aproximada de 30 anos que ajuda na manutenção. As terceirizadas têm medo de perder seus empregos porque afirmam que o mercado de trabalho está em crise, principalmente para elas que estão com idade avançada.

Em conversa com as pessoas que trabalham de modo irregular, elas se queixaram, pois a grande maioria sofre com dor de cabeça, pressão alta, alergia na pele, dores nas pernas, fortes dores na coluna. Uma das senhora, de 77 anos, garante ter tendinite, pois escreve os letreiros de todas as covas, realizando movimentos repetitivos. Outra senhora que trabalha no cemitério desde os 11 anos afirma tomar antidepressivos, e que não se sente confortável em ficar naquele lugar.

Ao longo da conversa com as trabalhadoras, o sentimento de naturalização se mostra pela afirmação de terem visto vários corpos em decomposição, ou apenas as ossadas, e que de tanto enterrarem seus familiares e ex-amigas de trabalho, todo o sentimento de medo dos mortos se torna natural.

Considerando todas as observações referentes ao campo, foi evidenciado que os problemas com o cemitério não são só estruturais e econômicos, é notório também que as mulheres que trabalham nesse ambiente por vários anos sofrem desgastes, uma vez que trabalham de forma precária. Ao longo do tempo, elas foram adquirindo alguns problemas de saúde, problemas esses que são causados pela falta de treinamento, condições desfavoráveis do ponto de vista ergonômico e falta de ferramentas e equipamentos adequados para a execução dos serviços.

Com isso, fomos buscar auxílio para poder entender a relação entre o cemitério e as doenças causadas por uma forma de trabalho tão insalubre como a das zeladoras de túmulos. Recorreremos então a um ramo da antro-

pologia que é voltado justamente para isso, a Antropologia da Saúde, que estuda as formas de tratar doenças não só como prática biomédica, mas também como algo cultural introjetado em todos os indivíduos. Para deixar essa colocação mais clara, citamos a fala de uma das zeladoras de túmulos. Ao perguntarmos como se prevenia para não adquirir nenhuma doença, ela respondeu: “*Eu escovo os meus dentes três vezes por dia*”. A partir desse relato, percebemos que a relação de cuidados com a saúde é algo mais cultural do que propriamente científico.

A epidemiologia estuda a distribuição das doenças (ou de condições relacionadas à saúde) em populações e busca os determinantes dessa distribuição. Nos estudos epidemiológicos predominam as abordagens sobre os comportamentos dos indivíduos, e métodos quantitativos são utilizados. A prevalência ou a incidência de uma certa patologia e as características de indivíduos apresentando ou não essa patologia são determinadas, com o objetivo de identificar os perfis de distribuição da patologia e grupos ou fatores de risco (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 497).

A partir desse trecho do trabalho de Uchôa e Vidal, é possível pensar que, para as zeladoras, essas doenças são algo cultural, a forma de prevenção que elas aprenderam é um senso comum, pois uma delas afirma escovar os dentes três vezes ao dia, mas não usa nenhum tipo de proteção ou auxílio na hora de exercer sua função.

Um dado importante é que, posteriormente, tivemos a informação de que havia apenas um zelador para cuidar de toda área, o indivíduo possui mais de 60 anos e apenas ele e quatro coveiros são contratados pelo cemitério. Eles têm os mesmos problemas das zeladoras de túmulos, que afirmam ainda que na exumação dos corpos eles não utilizam máscaras nem luvas, facilitando a contaminação por bactérias. Pois em relatos deles, nem sempre, nestes momentos, estão só as ossadas, pois muitas exumações ocorrem

em cadáveres em decomposição. Para Mary Douglas (1991, p. 18), “A reflexão sobre a impureza implica uma relação entre a ordem e a desordem, o ser e o não-ser, a forma e a ausência dela, a vida e a morte.”

A afirmação de Mary Douglas nos ajuda a pensar sobre as impurezas, pois todo simbolismo sobre o cemitério remete bastante à pureza e impureza do local, sendo as próprias zeladoras de túmulos o exemplo perfeito, pois apenas por pertencerem ao cemitério já carregam consigo uma carga de impureza, mesmo que essa não seja a realidade, advindo principalmente do senso comum da população sobre o cemitério; as zeladoras dos túmulos realmente são sujas, porém, mesmo limpas, de banho tomado, e com outras roupas, permanecem sujas, por acharem que a impureza advém do cemitério.

Percebemos, com esse estudo, que o cemitério não é apenas um lugar aonde vamos para enterrar nossos entes e visitar no Dia de Finados, mas, sim, uma instituição social que merece atenção, pois existem diversas relações sociais acontecendo ao mesmo tempo. No presente trabalho destacamos algumas delas, como a comercialização da morte dentro e fora do cemitério, a precariedade estrutural em que se encontra, a forma como é administrado, as relações dos trabalhadores tanto dentro quanto fora do cemitério e a questão do subemprego das zeladoras.

Essas relações foram o principal foco do nosso trabalho. A análise do cemitério nos aproxima de algo que nos é familiar, mas para que isso acontecesse foi preciso, de início, o estranhamento de todo aquele cenário e uma desconexão de todo senso comum que carregávamos em relação ao lugar.

Por fim, percebe-se que o cemitério é mais do que um lugar alheio à sociedade e ao grupo social, na verdade ele está totalmente integrado a ela, e repetindo atos que ocorrem entre os vivos. Fica claro então que o cemitério é uma reprodução social e que está mais vivo do que se pensa.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. Pela hora da morte. Estudo sobre o empresariar da morte e do morrer: uma etnografia no grupo parque das flores, em alagoas. **Revista inter-legere**, p. 215-248, jan./jul. 2013. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/12/pdf/dt01.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

BRESCIANI, M. S. A casa em Gilberto Freyre: síntese do ser brasileiro?. In: CHIAPINI, L.; BRESCIANI, M. S. (orgs.). **Literatura e cultura no Brasil**: identidades e fronteiras. São Paulo: Cortez, 2002.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. Ensaio sobre as noções de poluição e tabu. Trad. Sônia Pereira da Silva. Lisboa: Ed. 70, 1991. (Col. Perspectivas do Homem, n.º 39),

TURNER, V. W. Liminari dade e communitas. In: **O processo ritual**. Estrutura e anti-estrutura. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974. p. 116-159.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, oct./dec. 1994.

Palavras-chave: Morte; Ritual; Trabalho; Saúde.

ENTRE O DIVÃ E AS LÂMINAS - ALGUMAS NOTAS SOBRE A AUTOMUTILAÇÃO A PARTIR DO DISCURSO PSI E DAS PESSOAS QUE SE CORTAM

Éverton de Lima Silva¹

INTRODUÇÃO

Automutilação. Este assunto traz consigo o paradoxo próprio propiciado pelos seus praticantes: por um lado, é uma prática já bastante conhecida por meio de estrelas midiáticas como Demi Lovato, uma cantora e atriz norte-americana que durante muito tempo teve como público exclusivo os adolescentes. Lovato foi flagrada com os pulsos marcados por cortes autoinfligidos. Após passar por uma internação e alguns tratamentos, a cantora se pronunciou sobre a automutilação e se tornou numa espécie de exemplo de superação para outros adolescentes que também se cortam. A automutilação também pode ser vista, conhecida e acessada pelo público que não se corta por meio das páginas de blogs e de vídeos no Youtube de pessoas contando sobre como têm sido suas vidas com a automutilação. Além dessas e outras formas pelas quais o assunto automutilação se torna conhecido, a prática na carne de seus praticantes conta com métodos os mais diversos de ocultamento e quando partilhados o são para um público seletivo, a saber, outras pessoas que se cortam.

O tema automutilação veio a se tornar meu objeto de pesquisa na época em que eu dava aula em duas escolas, período em que cursava a graduação

1. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). E-mail: Everton.pesquisa@gmail.com.

em Ciências Sociais. Conheci então alunos que se cortavam e resolvi, diante da necessidade de terminar minha graduação, estudar o fenômeno como tema de meu Trabalho de Conclusão de Curso.

A pesquisa que ora desenvolvo na condição de mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB) é sobre a noção de “representação do eu” (noção essa utilizada pelo sociólogo canadense Erving Goffman em seu livro *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*) em pessoas que se cortam, a partir de grupos do Whatsapp sobre automutilação. De forma resumida, diria que minha pesquisa é uma observação participante de cunho interacionista. O objetivo, portanto, é entender como se forjam os mecanismos de sociabilidade nestes grupos, em outras palavras, qual a dinâmica de interação desses grupos que reúnem pessoas tão desconhecidas, grupos estes que estão sendo criados às centenas e que se mantêm, mesmo tendo, a princípio, apenas um polo agregador: a prática da automutilação.

A automutilação pode receber os títulos de escarificação, autolesão ou autodano. É um fenômeno moderno, com maior incidência em adolescentes e jovens, e consiste nos atos de se queimar, se cortar, se furar, se bater, arrancar os cabelos, entre outros. Como já deve ter ficado claro, escolhi pesquisar, dentre tantos tipos, o ato de se cortar.

O tema automutilação se faz presente nas ciências *psi* em autores como Karl Menninger, que falava no tema como um quase suicídio que deixava uma sensação agradável. Sefundo Dinamarco (2011, p. 3), “O prazer do corte então advém desta possibilidade de alívio da tensão psicológica com a substituição de uma tensão biológica que acontece com o retorno do impulso de destruição para próprio corpo”. onforme Giusti (2013), esse ato foi nomeado por Rosenthal como “síndrome do cortador de punhos”, que depois o chamou de “síndrome da automutilação repetitiva”.

Com David Le Breton, a automutilação contemporânea² ganha espaço nas Ciências Sociais. Entretanto, há que se destacar que a automutilação é vista por esse autor no âmbito da sociologia e da antropologia do corpo, e também inserida em suas discussões sobre “condutas de risco”. Essa sua percepção da automutilação ou “condutas de risco” como espécie de ritos íntimos associados com a adolescência consiste numa tentativa de sair da condição em que se está, mas acaba por encerrá-lo numa condição circular, sem expectativas de mudança (LE BRETON, 2012). A essa ideia, ligo a noção de “ritos de impasse” de Pais (2009), que parece bastante oportuna para fundamentar a ideia de que há ritos que denunciam a incapacidade do indivíduo de passar a uma nova fase da vida.

Desde o período em que fiz a minha monografia de graduação, percebi que as pessoas que praticam a automutilação associam seus cortes a alguns contextos específicos, que seriam: autopunição, rejeição ao próprio corpo, dificuldade de comunicação, demarcação do eu e fuga ou sublimação. Em certo sentido, nesse novo momento da pesquisa no mestrado, em que passo a estudar o fenômeno da automutilação a partir de grupos do Whatsapp, parece-me que esses contextos se mantêm, embora eu admita que existam ainda outros não claramente percebidos.

Agora, pretendo estabelecer uma separação entre a automutilação leiga (a da pura lâmina) e a especializada (a do divã), para isso recorro ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), também chamado de transtorno de personalidade limítrofe. A diferença entre um e outro está no tipo de discurso que se utiliza. Ao TPB são atribuídas características como narcisis-

2. Le Breton pode ser considerado como um dos primeiros a tratar a automutilação contemporânea nas Ciências Sociais, mas a automutilação “clássica” já estava presente nos estudos de ritos de passagem, bem como no belo ensaio de Pierre Clastres, “Da Tortura nas Sociedades Primitivas” (1978).

mo, necessidade de chamar atenção (sendo, portanto, classificados também pelos profissionais das ciências *psi* como manipuladores), instabilidade emocional, ou ainda como uma carência exacerbada de ser correspondido pelos outros, sobretudo pela pessoa que ama. Fora isso, muitos *borders* praticam a automutilação. Um conceito que já parece estar estabelecido é que o TPB seria um transtorno que ficaria entre a psicose e a neurose.

Nas observações que fiz num blog e em vídeos de alguém que se afirma como *borderline* (ou simplesmente “*border*”), pude perceber como o discurso psicológico e psiquiátrico é apropriado pelos sujeitos. Além disso, pude ver também páginas do Facebook que têm como tema “*Borderline*”. Algumas dessas páginas, inclusive, fazem humor com o transtorno. Pelo que entendi, trata-se de uma página de *borders* para *borders*, que fazem humor desse elemento que eles têm em comum. Mas a tônica, seja nas páginas do Facebook, seja no blog que acompanhei durante o período em que fazia a pesquisa para minha monografia, é a de que os *borders* reproduzem o discurso *psi* acerca do seu transtorno. A reprodução do discurso médico ou psicologizante é apenas mais um, dentre os muitos reproduzidos, entre os indivíduos que praticam a automutilação.

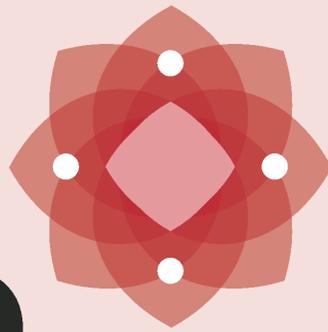
A fim de finalizar esta breve discussão, sem, contudo, concluí-la, diria que o que distinguiria uma pessoa diagnosticada como *borderline* de uma que pratica a automutilação é a forma como se afirmam e se apresentam. Enquanto um *borderline* se apresenta com um discurso fechado e articulado em razão do discurso psicológico do qual se apropriou, o praticante da automutilação pode se apresentar de formas aparentemente mais diversas, pelo fato de que nem todos os praticantes de automutilação procuram os serviços de um psiquiatra ou psicólogo. Mas a abundante diversidade do praticante de automutilação em relação ao sujeito *borderline* é aparente. Digo isto porque a uniformidade do discurso do *borderline* se dá via área *Psi* e a uniformidade da fala do praticante da automutilação deriva, sobre-

tudo, de sua relação com seus pares, como ocorre, por exemplo, nos grupos do Whatsapp que venho pesquisando. Em suma, os *borderlines* podem ser vistos como espécies de “automutiladores especialistas”, mas a apropriação do discurso *psi* ou médico se dá de forma vertical (vem de cima para baixo), ao passo que o indivíduo que pratica a automutilação sem pretensões a um discurso de grupo acaba tendo uma fala razoavelmente homogênea, pois se constrói de forma horizontal, no contato com os pares, como ocorre nos grupos de Whatsapp sobre automutilação.

REFERÊNCIAS

- CLASTRES, P. Da tortura nas sociedades primitivas. In: **A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- DINAMARCO, A. V. **Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na Internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- GOFFMAN, E. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- GIUSTI, J. S. **Automutilação: características clínicas e comparações com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sônia M. S. Fuhrmann. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- _____. O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 37, p. 33-44, out. 2012.
- _____. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 25-40, jan./jun. 2010.
- PAIS, J. M. A Juventude como fase de vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 371-381, 2009.
- MANTILLA, M. J. Cuerpo y relaciones terapéuticas: Una reflexión antropológica sobre la noción del “trastorno límite de la personalidad”. **RBSE**, v. 8, n. 23, p. 292-342, ago. 2009.

Palavras-chave: Automutilação; Psi; Cortes.



Ras

1ª REUNIÃO DE
ANTROPOLOGIA
DA SAÚDE

Cidadania e Políticas da Vida

Anais da 1ª Reunião de
Antropologia da Saúde (RAS)



1ª REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Realização



Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura

Apoio

